

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Lenka Bekrová

Adresa: Pístecká 1356, 288 00 Nymburk

Bakalářský studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pedagog

Název bakalářské práce: ŽIVOT LIDÍ S PORUCHAMI A ONEMOCNĚNÍM CENTRÁLNÍ NERVOVÉ
SOUSTAVY V NAŠÍ SPOLEČNOSTI

PEOPLE WITH CENTRAL NERVOUS SYSTEM DISORDERS AND THEIR
LIFE IN CZECH SOCIETY

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Termín odevzdání: 30.4.2005

V Liberci dne 20.12.2003

.....

vedoucí bakalářské práce

.....

děkan FP TUL

.....

vedoucí KSS

Převzal (student): Lenka Bekrová

Datum: 20.12.2003

Podpis studenta:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pedagog

Název BP: :

**ŽIVOT LIDÍ S PORUCHAMI A ONEMOCNĚNÍM CENTRÁLNÍ
NERVOVÉ SOUSTAVY V NAŠÍ SPOLEČNOSTI**

Autor:

Lenka Bekrová

Pístecká 1356

288 00 Nymburk

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
70	20	23	23	29	12

V Nymburku dne : 10.11.2005

Prohlášení o původnosti práce:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Nymburku dne : 10.11.2005

Lenka Bekrová

vlastnoruční podpis

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 o právu autorském, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce, a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení, kopírování apod.).

Jsem si vědoma toho, že: užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem TUL, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených univerzitou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše). Bakalářská práce je majetkem školy, s bakalářskou prací nelze bez svolení školy disponovat.

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

Autor:

Lenka Bekrová

Podpis:

vlastnoruční podpis

Adresa:

Pístecká 1356
288 00 Nymburk

Datum: 10.11.2005

Poděkování

U příležitosti ukončení této bakalářské práce děkuji všem, kteří mi velmi pomáhali při psaní. Děkuji rodině za trpělivost a za jejich velkou podporu. Dále bych chtěla poděkovat za výbornou spolupráci zaměstnancům a klientům domova důchodců v obci Rožďalovice. Především si dovoluji vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Květuši Slukové za její trpělivost, odborné rady, metodické vedení a konstruktivní připomínky.

Název BP: Život lidí s poruchami a onemocněním centrální nervové soustavy v naší společnosti

Název BP v angličtině: People with Central Nervous System Disorders and their Life in Czech Society

Jméno a příjmení autora: Lenka Bekrová

Akademický rok odevzdání BP: 2005

Vedoucí BP: Mgr Květuše Sluková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou života lidí s poruchami a onemocněním centrální nervové soustavy v naší současné společnosti. Jejím cílem bylo zmapovat teoreticky i prakticky problematiku života lidí s poruchami a onemocněním centrální nervové soustavy v naší společnosti.

Práce obsahovala dvě části. Část teoretickou, která se zabývala vymezením nemocí demence, epilepsie, mentální retardace, schizofrenie, jejich změnami, poznávacími procesy, chováním, osobností a forenzním hlediskem. Dále současnými sociálními službami pro takto nemocné jedince a standardy kvality sociálních služeb. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku a řízeného rozhovoru život lidí trpící nemocí demence v sociálním zařízení, domově důchodců v obci Rožďalovice.

Summary

My Bachelor thesis dealt with problems of people with central nervous system disorders and with their life in human society. The aim was to map problems of people with central nervous system disorders and their life in human society both theoretically and practically.

The thesis included two parts. Theoretical part dealt with definition of diseases like Dementia, Epilepsy, Cerebral Palsy and Schizophrenia and with their changes, cognitive processes, behaviour and personality. This part also dealt with contemporary social services for people with these diseases and their standards of quality. Practical part made an inquiry about life of people afflicted by Dementia. This survey was done by the help of questionnaire and controlled interview in a social settlement and in a rest home in Rožďalovice community.

Obsah

1 Úvod.....	9
2 Teoretická část.....	11
2.1 Obecná charakteristika organického postižení centrální nervové soustavy (CNS).....	11
2.1.1 Klinické projevy organického postižení CNS	11
2.2 Epilepsie	12
2.2.1 Výskyt	12
2.2.2 Příčiny vzniku	12
2.2.3 Záchvaty	13
2.2.4 Emoční prožívání	14
2.2.5 Změny poznávacích procesů	14
2.2.6 Změny chování	15
2.2.7 Změny osobnosti	15
2.2.8 Sociální dopady	15
2.3 Mentální retardace	16
2.3.1 Její vznik, příčiny	17
2.3.2 Obecná charakteristika	17
2.3.3 Klasifikace mentální retardace	17
2.3.4 Sociální dopady	18
2.4 Schizofrenie.....	19
2.4.1 Příčiny a vznik onemocnění	19
2.4.2 Její projevy	19
2.4.3 Typy schizofrenie	20
2.4.4 Sociální dopady	21
2.5 Demence.....	21
2.5.1 Projevy demence	22
2.5.1.1 Porucha kognitivních schopností	22
2.5.1.2 Poruchy emotivity	22
2.5.1.3 Nápadnosti v chování	23
2.5.1.4 Změny osobnosti	23
2.5.2 Průběh demence	23
2.5.3 Typy demencí dle Rabocha a Zvolského, 2001, s. 147	24
2.5.4 Sociální dopady	26

2.6 Stárnutí	26
2.6.1 Pojem stárnutí.....	26
2.6.2 Vlivy stárnutí.....	26
2.6.3 Příčiny stárnutí	27
2.6.4 Proces stárnutí	28
2.6.5 Znak stárnutí.....	29
2.7 Stáří	29
2.7.1 Stáří a nemoc	30
2.7.2 Ošetřování staršího člověka	30
2.7.3 Chvála stáří.....	30
2.8 Současné sociální služby pro takto nemocné jedince.....	31
2.8.1 Pečovatelské služby.....	31
2.8.1.1 Terénní pečovatelské služby	31
2.8.1.2 Domy s pečovatelskou službou	31
2.8.2 Penziony pro důchodce	31
2.8.3 Domovy důchodců	31
2.8.4 Centra denních služeb	32
2.8.5 Stacionáře	32
2.8.6 Osobní asistence	32
2.8.7 Raná péče	32
2.8.8 Respitní (odlehčovací) péče	32
2.8.9 Léčebna pro dlouhodobě nemocné.....	33
2.9 Standardy kvality sociálních služeb	33
3 Praktická část.....	34
3.1 Cíl praktické části.....	34
3.2 Hypotézy šetření.....	34
3.3 Použité metody	34
3.4. Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	34
3.5 Vyhodnocení dotazníku.....	35
3.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	48
3.7 Domov důchodců Rožďalovice.....	50
3.7.1 Režim v domově důchodců	55
3.7.2 Kazuistika čtyř klientů domova důchodců Rožďalovice	58
3.8 Zmapování sociálních zařízení pro lidi s poruchami centrální nervové soustavy.....	61

žijících v naší společnosti, na okrese Nymburk	61
3.8.1 Pečovatelská služba v nymburském regionu je rozdělena do čtyř středisek:.....	61
3.8.2 Jednotlivá sociální zařízení v nymburském regionu	61
3.9 Shrnutí výsledků praktické části	63
4 Závěr.....	65
5 Seznam použité literatury	68
6 Přílohy	70

1 Úvod

„ Přestože můžeš být schopen ovlivnit chování jiné osoby, skutečně řídit můžeš pouze svoje vlastní chování.

Ujdi míli v botách někoho jiného nebo alespoň, dříve než se vyjádříš k jeho chování, usilovně snaž představit si, jaké to asi je být v jeho kůži.

Vždy umožni druhé osobě uchovat si svou vlastní tvář.

Dopřej stejnou dávku tolerance, odpuštění, pochopení, jakou poskytuješ lidem, které máš rád, také sám sobě.

Je mnohem snazší vědět, co má být učiněno, než to učinit. “ (Zgola, 1999. s. 12)

Základním předpokladem dobrého vztahu mezi lidmi je jejich vzájemný respekt. Mělo by se především jednat o úctu vůči takovému člověku, takovému jaký je. Chování postiženého je zastřeno jeho nemocí. Proto se problematika poruch centrální nervové soustavy dotýká nejen daného jedince samotného, ale celé naší společnosti, jak si to mnozí z nás nechtějí připustit.

Po vstupu naší republiky do Evropské unie náš stát dostal příležitost, jak se aktivně podílet na řadě programů, které nám dávají možnost, jak zlepšovat životní podmínky života lidí s poruchami centrální nervové soustavy v naší společnosti, modernizovat sociální systém a vyvíjet tak úroveň poskytovaných sociálních služeb v rámci evropského společenství.

Cílem bakalářské práce je popsat teoreticky i prakticky problematiku života lidí s poruchami centrální nervové soustavy v naší společnosti. Jak se lidem s touto nemocí žije v naší společnosti. Jak se o takto nemocné jedince naše společnost umí postarat, neboť nemocní s poruchami centrální nervové soustavy trpí nemocí, která se vrací, jde o stav trvalý. Teoretická část začíná obecnou charakteristikou a klinickými projevy organického postižení centrální nervové soustavy. Dále je zaměřena na specifikaci jednotlivých nemocí: epilepsie, mentální retardace, schizofrenie, demence a užívá dalších termínů, které jsou s těmito nemocemi spojeny. Popisuje nejběžnější účinky těchto nemocí, projevy v chování a fungování člověka takto postiženého v naší společnosti. Také jsou zde zaznamenány jednotlivé sociální služby a standardy kvality sociálních služeb.

V praktické, hlavní části celé bakalářské práce jsme se specializovali na demenci. Nashromážděné informace jsou získané v Domově důchodců Rožďalovice, které jsou přeneseny, zaznamenány a vyhodnoceny v grafech, tabulkách a fotografiích. Praktická část je dále věnována procesu pozorování, získání biografických informací a funkčnímu hodnocení. Zabývá se především aktivitami obyvatel v Domově důchodců Rožďalovice

V závěrečné části celé práce je ohlédnutí do minulosti a zároveň současnosti, jak se nahlíželo a jak se dnes nahlíží na takto postižené jedince. Zda je pro takto postižené jedince dostatek prostoru v naší společnosti, pro jejich uplatnění a zapojení se.

2 Teoretická část

2.1 Obecná charakteristika organického postižení centrální nervové soustavy (CNS)

Organické postižení CNS se definuje v širším slova smyslu jako strukturální poškození nebo funkční porucha. Většinou vzniká v důsledku mechanického poškození mozkové tkáně a to infekcí, nádorem, otravou, úrazem, metabolickými změnami, degenerativním onemocněním nebo poruchou vývoje mozku.

Psychické následky jakékoliv poruchy CNS závisí:

- na věku, době vzniku = dosažené vývojové úrovni nemocného
- na celkovém zdravotním stavu a dispozicích nemocného
- na závažnosti a typu postižení, tedy zda jde o poškození lokalizované nebo difúzní, tj. generalizované

lokalizované poškození se může projevovat nějakou specifickou poruchou, např. řeči, ostatní funkce mohou zůstat nezměněny

generalizované poškození je následkem většího poškození mozku

(Vágnerová, 2003, s. 42)

2.1.1 Klinické projevy organického postižení CNS

Poškození nebo onemocnění CNS se u nemocných epilepsií může projevit různým narušením psychických funkcí a integrace. Toto narušení se projevuje nápadnostmi v chování a neschopností plnit běžné požadavky společnosti. Odchylky v emočním prožívání bývají časté. Nemocní bývají podráždění, precitlivělí. Mají sklon k afektivním výbuchům, které neodpovídá vyvolávajícímu podnětu. Dochází k nápadnějšímu kolísání nálady. Emoce nedovedou ovládat. Je u nich snižená frustrační tolerance. Jsou málo odolní k jakékoliv zátěži, kterou většinou prožívají jako větší problém než jakým ve skutečnosti je. V závažnějších případech, při generalizovaném postižení mozku, často dochází k poškození inteligence, tj. k demenci. Organické postižení mozku se může projevit i poruchami poznávacích procesů. Postižený jedinec vnímá běžný podnět, ale činí mu problém vnímanou informaci správně interpretovat. Také se objevují poruchy pozornosti a paměti. Mohou se projevovat neschopností soustředění se na více podnětů, resp. činností, obtížemi ve vybavování informací nebo problémy při učení něčeho nového.

V oblasti poznávacích procesů se projevují problémy v orientaci, porozumění okolního světa. Poruchy řeči bývají spojeny s lokalizovaným postižením některého z řečových center, což se projevuje ve špatném vybavování slov, narušením plynulosti verbálního projevu nebo obtížemi v porozumění běžnému sdělení.

Nastávají i změny v osobnosti, které se projevují hlavně změnou chování, nedostatečným sebeovládáním, impulzivností, výbušností. Nejsou schopni posoudit nevhodnost svého chování. Nedovedou se poučit ze zkušeností a svoje problémy přičítají jiným lidem.

Změny nastávají i ve způsobu reagování, které bývá nepřiměřené. Tito pacienti nejsou schopni ovládat svoje chování a přizpůsobit je běžným společenským normám. Někdy jsou tito lidé okolím vnímáni jako líní a neochotní. Obtížné je pro ně reagovat na změnu situace. Mohou být někdy až pedantičtí, což je jejich způsob jak se vyrovnat se situací. Dost často je pro ně obtížné zvládat i běžné úkoly. Sociálně adaptační potíže bývají u takto postižených lidí častější než v běžné populaci. Přestože jde o chorobný projev, výsledkem je větší četnost konfliktů. Jedinci často odmítají pomoc druhých a izolují se od společnosti. Je zde i zvýšené riziko kriminálního chování určitého typu. (Vágnerová, 2003, s. 43-45)

2.2 Epilepsie

„Je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i s poruchami vědomí.“ (Vágnerová, 2003, s. 46)

„Epilepsie je souhrnným označením pro různorodou skupinu onemocnění, jejichž společným znakem je výskyt záchvatů. Pro charakteristiku epilepsie bývá rozhodující typ záchvatu. Ten závisí na způsobu postižení mozkové tkáně, event. na lokalizaci epileptického ložiska.“ (Vágnerová, 2003, s. 47)

2.2.1 Výskyt

Epilepsií trpí přibližně 2 % dětí, v dospělosti je takových lidí mnohem méně, pouze 0,5 % až 1 %. S rozvojem průmyslu, motorizmu a s přírůstkem mozkových kontuzí přibývá epileptiků. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 172)

2.2.2 Příčiny vzniku

Příčiny vzniku mohou být různé, často jsou multifaktoriální. Důležitá je genetická dispozice, stejně tak může jít o následky poškození mozku.

Podle vzniku epilepsie dělíme záchvaty na Idiopatické, často geneticky podmíněné, které nemají přesně stanovenou příčinu. Nelze příčinu běžnými metodami zjistit, může jít o velmi malé ložisko. Druhým typem záchvatů jsou Symptomatické záchvaty, u nich je příčina známá a jejich ložisko je lokalizováno. Příčinou vzniku epileptických projevů je poškození

mozku. Nejčastěji jde o důsledky traumatu, úrazu, infekce, nádorového onemocnění apod. Tato forma epilepsie je závažnější. (Vágnerová, 2003, s. 46, 47)

2.2.3 Záchvaty

Epileptickým podnětem, bezprostředním spouštěčem záchvatu, může být signál optický (jízda na kole kolem plotu ve slunečním dnu, sledování televize), infekční (AIDS, absces mozku, meningoencefalitida, vzteklna, malárie, tetanus), zvukový (zvonění klíčů, příliš hlučná hudba), tepelný (febrilní křeče), chemický (olovo, alkohol, kafr, strychnin, toluen), mozková hypoxie (otrava CO, narkóza), mozkový nádor, mozkové trauma, edém, ischemie, hemoragie, anafylaktická reakce, elektrokovulzivní léčba u nemocných s depresí. Ale i fyziologické změny, jako je usínání, spánek, probouzení nebo i nečinnost, nebo změny emoční mohou být spouštěčem. U každého pacienta bývá často podnět specifický. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 172, 173)

Epileptické záchvaty se rozdělují do několika skupin. Většina z nemocných mívá pouze jeden typ záchvatu.

Parciální záchvaty, vznikají v ohraničené oblasti mozku, v ložisku. Porucha vědomí bývá spíše kvalitativní. Jde vesměs o pouhou neschopnost normálně reagovat na zevní podněty. (Vágnerová, 2003, s. 47)

„Jacksonský záchvat patří mezi jednoduché motorické parciální záchvaty. Začíná na jednom prstu ruky nebo nohy a pochodem se šíří z periférie ke kořeni končetin.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s.174)

Komplexní parciální záchvat má pestré semiologii, nemocný ztrácí kontakt s okolím, vrávorá, provádí automatické, nekoordinované, neúčelné pohyby.

Působí dojmem zmatenosti, nereaguje na okolí, otázky, příkazy, je dezorientovaný všemi směry, má kvalitativní poruchu vědomí. Jde o mráкотný stav s následnou amnézií. Stav trvá cca 1-2 minuty, pak se pomalu u postiženého vrací vědomí.

Objevuje se v různých věkových kategoriích. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 174)

Generalizované záchvaty vznikají na základě komplexního, bilaterálního narušení korových funkcí, které postihuje vědomí a motoriku.

Vzhledem k tomu lze dále diferencovat

absence – krátký záchvat trvající cca 10 až 30 sekund, projevující se krátkou poruchou vědomí, s náhlým začátkem a koncem, někdy provázený svalovými záškuby, nebo ztrátou svalového tonu, nejčastěji se objevují v dětském období mezi 6. až 8. rokem, mohou se opakovat několikrát za den

Myoklonické záchvaty

Klonické záchvaty

Tonické záchvaty

Tonicko-klonické záchvaty – začínají někdy ložiskovou aurou a následným výkřikem. Pokračují ztrátou vědomí, pádem, tonickými, pak klonickými křečemi svalstva končetin, trupu a šíje. Mohou být provázeny poruchou svěračů, nebo si při křečích pacient pokouše jazyk, zraní hlavu. Trpí pocity dezorientace. Vnímání může být narušeno. Mohou se objevit iluze a halucinace, objevujíc se pocity odcizenosti, depersonalizace i nereálnosti okolního světa. Záchvat zpravidla trvá cca 2-5 minut.

Atonické záchvaty

Předcházejícími příznaky jsou mrzutá depresivní nálada, pokles nálady, strach, úzkost, zlostné afekty, špatný spánek. Příznaky po záchvatu jsou spavost, únava, bolesti hlavy a svalů, vyčerpanost, amnézie. Může přetrvávat dezorientace, obtíž v soustředění pozornosti a zpomalenost či nepřiměřenost reagování. V této fázi není nemocný schopen běžného výkonu a neměl by být nijak zatěžován. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 173, 175, Vágnerová, 2003, s. 47)

„Status epilepticus je nahromadění záchvatů, mezi nimiž nedochází k návratu vědomí. Jedná se o život ohrožující stav. Je nutná okamžitá hospitalizace a odborná péče.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 175)

2.2.4 Emoční prožívání

Emotivita je u epileptiků nestálá. Pacienti jsou často náladoví, jsou depresivní. Poruchy nálad mohou být trvalé nebo dlouhodobé. Epilepsie se často projevuje změnou emočního reagování. Může se projevit sklon k mrzuté náladě a depresím. Tito jedinci bývají pesimističtí, chybí jim smysl pro humor, mají tendenci k nadměrnému moralizování a silnějším prožitkům viny. Objevuje se u nich větší dráždivost, impulzivnost a emoční labilita, afektivní reagování, výbušnost a agresivita. Trpí výkyvy nálad. Silnější dráždivost se může projevovat i nedůtklivostí a podezíravostí. Tyto projevy mohou rovněž vznikat v důsledku nedodržení léčby. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 176, Vágnerová, 2003, s. 48,49)

2.2.5 Změny poznávacích procesů

U epileptiků se objevuje zvýšená unavitelnost a menší pružnost myšlení. Je také nepříznivě ovlivněna funkce pozornosti a paměti. Ve většině případů nedochází k poškození rozumové

schopnosti, ale nemocní mají problémy s jejich využitím. Vzácně se objevuje zrychlené myšlení, které ale bývá roztržité. Je narušena plynulost myšlenkových operací, krátkodobá paměť a pozornost, která je zúžená. Opakují slova, myšlenky, věty. Jejich projev je pomalý a nevýpravný. Jedinci trpící epilepsií mají většinou normální inteligenci. Porucha rozumových schopností je výjimečná. Toto závisí na závažnosti onemocnění. Při získaném úbytku inteligence se jedná o epileptickou demenci. Na úroveň rozumových schopností má také vliv množství záchvatů, které nemocný prodělal v průběhu celého svého života. Problémy spojené s epilepsií mohou změnit hodnocení sebe sama a i postoj k okolnímu světu. Jedinec má strach, cítí se dost často bezmocný, neboť neví, kdy a kde jej potká další záchvat.. Může docházet až k úzkosti, protože toto nemohou sami ovlivnit. Tyto stavy někdo prožívá jako ponižující. (Vágnerová, 2003, s. 49, 50)

2.2.6 Změny chování

Poruchy chování bývají vidět jen u některých epileptiků. Vycházejí z poruch myšlení, které se projevují v jeho řeči a chování. Jsou často podráždění, impulzivní. Mají sníženou toleranci k zátěži, kdy mohou vnímat běžné požadavky jako zatěžující. Mají potíže v regulaci s vlastním chováním. Těžko se přizpůsobují změněným podmínkám. Může se objevit neovladatelná agresivní chování až s brachiálním násilím. Tyto změny v chování mohou být vyvolány nepříjemnými reakcemi ostatních lidí, jejich odmítavým postojem. (Vágnerová, 2003, s. 50, Raboch, Zvolský, 2001, s 176)

2.2.7 Změny osobnosti

Změny v osobnosti epileptika závisejí na počtu prodělaných záchvatů. Mohou i předcházet propuknutí choroby. Někteří pacienti nevykazují změny osobnosti nikdy. Nejčastěji se jedná o celkové zpomalení, egocentrismus. Často mívají sklon k rigiditě (ztuhlosti), vznětlivosti, výbušnosti, agresivitě. Zájmy pacientů se zužují. Pokud pacient však dodržuje léčebný proces a antiepileptickou životosprávu, tyto změny se projevují jen výjimečně.

(Vágnerová, 2003, s. 50, s. 177, Raboch, Zvolský, 2001)

2.2.8 Sociální dopady

Epilepsie omezuje nemocného v sociálním kontaktu, což vede k jeho společenské neúspěšnosti, nevraživosti. Vyhýbá se společnosti nebo hledá útočiště v náboženství. Nemocní jsou často omezeni v základních činnostech jako např. řízení motorových vozidel. Pracovní

schopnost je snížena nebo omezena (práce u strojů, ve výškách), sport je redukován (plavání, jízda na kole, ale u těžkých epileptiků i nárazová hyperventilace, při míčových hrách jsou škodlivé). Invalidní důchod přijímají mladí pacienti jen neradi. Lidé postižení epilepsií musí počítat s dlouhodobou, ale někdy i s celoživotní léčbou. Musí dodržovat farmakoterapii a antiepileptickou životosprávu a také musí dodržovat úplnou abstinenci alkoholu.

Léčbou se podaří kompenzovat polovinu pacientů a u 50 % z nich po vysazení léčby nedochází k opakování záchvatů. U absencí je ve 40 % léčba úspěšná. Psychomotorické záchvaty se v 35 % daří potlačit. Při léčení pacienta záleží i na tom, zda dodržuje léčebné pokyny a jak subjektivně k onemocnění přistupuje.

Lehkou formu epilepsie pacient dobře zvládá farmakoterapií. Přesto je v některých činnostech omezen. Hlavně tam, kde by krátká porucha jeho vědomí mohla ohrozit jeho život nebo život jiné osoby. U těchto pacientů tedy dochází k omezené pracovní schopnosti.

Po dobu jednoho roku je omezen v řízení motorových vozidel. Také v práci u strojů a ve výškách. Tito lidé jsou většinou zapojeni do pracovního procesu. Lze jim přiznat důchod, ale jen částečný.

U těžší formy epilepsie, kdy se záchvaty stále opakují, a to někdy i několikrát denně, přestože tito pacienti dodržují intenzivní farmakoterapii a životosprávu, je po vyčerpání nemocenských dávek přiznán plný invalidní důchod. Takovíto pacienti nesmí řídit žádná motorová vozidla. Otěhotnění u žen se doporučuje jen po poradě s genetikem.

(Raboch, Zvolský, 2001, s. 181)

2.3 Mentální retardace

„Je vrozené postižení rozumových schopností, které se projeví nedostatečným rozvojem myšlení a řeči, omezenou schopností učení a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Je to postižení trvalé, které nelze zásadním způsobem změnit. Obtíže v porozumění okolí, zvýšený sklon k afektivnímu prožívání i neschopnost ovládat vlastní emoce zvyšuje riziko nepřiměřeného chování.“ (Vágnerová, 2003, s. 74)

„Je stav zastaveného nebo neúplného vývoje, s narušením dovedností přiměřených pro dané vývojové období, které přispívají k celkové úrovni inteligence – tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 342)

Hlavním znakem je nedostatečný rozvoj řeči a myšlení, omezená schopnost učení, obtížnější adaptace. Toto postižení je vrozené a trvalé. V populaci je cca 3 % mentálně postižených lidí. (Vágnerová, 2003, s. 69)

2.3.1 Její vznik, příčiny

Příčinou vzniku je postižení CNS. Na jeho vzniku se mohou podílet jak genetické dispozice, tak i vnější vlivy, které poškozují mozek v raném stádiu vývoje jedince.

Ke vzniku může dojít v prenatálním vývoji (vlivem léků či alkoholu, virové nebo mikrobiální) při porodu, či v raném věku dítěte, a to např. zánětlivým onemocněním, úrazem nebo otravou. Jde o poškození do 2 let věku dítěte. (Vágnerová, 2003, s. 69, 70)

2.3.2 Obecná charakteristika

Pro mentálně postiženého je omezená potřeba zvědavosti, je pasivnější. Orientace je náročnější, svět se pro ně stává méně srozumitelným, a proto jsou závislí na jiné osobě.

Preferují kontakt se známými lidmi.

Myšlení je zjednodušené, omezené, stereotypní. Mají sníženou kritičnost, vyšší sugestibilitu. Jejich řeč je s méně přesnou výslovností. Mají omezenější slovní zásobu. Nejsou schopni tvořit, spojovat slova, časovat, skloňovat, řadit slova do vět. V mluveném projevu používají velmi krátkých vět. U takto postižených jedinců je učení převážně mechanické. Trvá velice dlouho, než se naučí něčemu novému, proto musí být motivováni. Pozitivně reagují na pochvaly. Trpí zvýšenou podrážděností a větší pohotovostí k afektivním reakcím. Nedovedou kontrolovat a ovládat svoje emoce. Svoje potřeby chtějí uspokojit hned a bez zábran.

Pokud je jejich chování agresivní, pak nutno chápat, že situaci nerozumí a nedovedou porozumět ani obecně platným normám a hodnotám. (Vágnerová, 2003, s. 70-72)

2.3.3 Klasifikace mentální retardace

- Lehká mentální retardace IQ 50-70

Jedinci se dostávají na úroveň dětí středního školního věku. Mluvu si osvojí opožděně, jsou schopni účelně užívat řeč a využít ji v konverzaci. Užívají kratších vět, výslovnost není zcela bezchybná. Ve většině případů jsou zcela nezávislí v osobní péči, hygieně i domácích dovednostech. Mají problémy se čtením a psaním. Děti s lehkou mentální retardací jsou vzdělavatelní. Většina z nich je pracovně začlenitelná, potřebují pouze oporu a dohled.

- Středně těžká mentální retardace IQ 35-49

Pomalou se u nich rozvíjí chápání. Slovní zásoba je chudá. Myšlení je na úrovni předškolního dítěte. Dorozumívací schopnosti jsou částečně omezené. Nedokáží se zcela o sebe postarat. Jsou ale schopni si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti. Mnozí z nich potřebují dohled a péči po celý jejich život. Někteří jsou vzdělavatelní. Zvládají základy čtení,

psaní a počítání. V dospělosti vykonávají jednoduché práce, které nevyžadují přesnost a rychlost, ale jen pod odborným dohledem. Jen někteří jsou schopni samostatného života. U jedinců v tomto stupni bývá často přítomen tělesný handicap.

- Těžká mentální retardace IQ 20-34

Uvažují jako batole. Naučí se jen několik slovních výrazů, někdy nemluví vůbec. Jsou nevzdělavatelní. Zvládnou pouze základní návyky a schopnosti. Mnozí z nich mají postiženou i motoriku. Jsou závislí na péči jiné osoby.

- Hluboká mentální retardace IQ 0-19

Většina z nich je imobilní nebo omezena v pohybu. Bývají inkontinentní. Nevytvoří si ani základy řeči. Vyžadují stálou pomoc a dohled. Obvykle bývají umisťováni do ústavu sociální péče.

(Vágnerová, 2003, s. 75, 76, Raboch, Zvolský, 2001, s. 343, 344)

2.3.4 Sociální dopady

„Narození postiženého dítěte obvykle znamená pro rodiče zátěž v mnoha směrech – především je to problém emoční, silně frustrující a traumatizující.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 352)

Pro tyto rodiče bývá obtížné se rozhodnout, zda dítě ponechat doma, či jej umístit do nějakého ústavu. V této chvíli nezáleží jen na stupni postižení, ale také na osobnostech a postojích rodičů. Pokud je dítě ponecháno v rodině, na rodiče to klade velké nároky nejen časové, ale i materiální, protože dítě vyžaduje trvalý dohled. Péče o mentálně postižené dítě je často náročné a pro oba rodiče i vyčerpávající. Někdy se stává, že jeden z manželů tuto zátěž neunes a opouští rodinu. Většinou jsou to muži. Přítomnost postiženého dítěte také může negativně ovlivnit další zdravé sourozence, kteří jsou ochuzováni o pozornost a péči rodičů.

Pokud se mentálně retardované dítě umístí do ústavu mimo rodinu, zbaví to rodinu problémů, ale na druhé straně toto dítě může trpět citovou a podnětovou deprivací. Zvláště pak, pokud se jedná o dítě s méně závažným stupněm retardace.

Dnes převažuje na celém světě trend zanechat jedinci s mentální retardací co největší kontakt s rodinou, neumísťovat dítě do ústavu, pokud to není nevyhnutelné. Ve větších městech jsou dnes otevírány denní stacionáře. Dále je možné zvolit ústavní péči týdenního nebo celoročního typu. Pokud je dítě ponecháno v domácí péči, stát poskytuje pomoc v praktické péči o dítě formou sociální a finanční podpory. Pokud je dítě vzdělavatelné, může navštěvovat speciální (pro děti s lehkou mentální retardací) a pomocné školy (pro děti se střední a těžkou mentální retardací). Většina z nich je internátního typu. V některých zemích se prosazuje zařazení mentálně retardovaných dětí do tříd se zdravými dětmi a pedagogové mají pro jejich výuku

individuálně upravený program. Výuka dětí s hlubší mentální retardací je zaměřena hlavně na osvojení si základních a běžných dovedností, jako je sebeobsluha, oblékání, toaleta, příjem potravy a sociální komunikace. V pozdějším věku navštěvují chráněné dílny, kde vykonávají jednoduché práce, ale pouze s dohledem. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 352-353)

2.4 Schizofrenie

„Je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 227)

Jde o závažnou duševní chorobu, která narušuje myšlení a vnímání, poruchu emotivity a celé osobnosti nemocného jedince. V historii byla nazývána „předčasné zhroupení“, tak ji nazval německý psychiatr Emil Kraepelin.

Nemocní ztrácejí kontakt s realitou, mají omezenou schopnost odlišit fantazii od skutečnosti. Nedokáží jasně myslet a ovládat emoce. Choroba s sebou často nese narušení sociálních a rodinných vztahů. Jde o onemocnění mozku, charakterizované akutními stavy sebeklamu (klamně bezdůvodné domněnky), halucinací (obvykle ve formě neexistujících zvuků) a déletrvajících poruch, jako jsou oploštělé emoce, ztráta zájmů a depresivní znaky a symptomy. V populaci jde cca o 1 %. Nejčastěji se objevuje v mladém věku, 15-35 let, postihuje do 40 let. (Vágnerová, 2003, s. 81, Raboch, Zvolský, 2001, s. 227, 228)

2.4.1 Příčiny a vznik onemocnění

Příčinou je komplexní poškození mozkových funkcí. Vznik této nemoci ovlivňuje mnoho různých faktorů, dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny i vyvolávající podněty. Nejčastěji nemoc propuká v době přechodu k dospělosti, počátečního osamostatňování se. (Vágnerová, 2003, s. 81)

2.4.2 Její projevy

„Hlavními příznaky schizofrenie jsou ve většině případů nápadně psychopatologické změny, především poruchy myšlení, jako jsou bludy, nebo rozvolnění souvislosti myšlenek, poruchy vnímání, např. halucinace, a poruchy jednání, které se stává podivným a nepochopitelným. Nemocný prožívá stav vnitřního napětí spojený s hlubokým pocitem odcizení vlastního prožívání dějů kolem sebe. Děje a předměty, které jej obklopují, se mu jeví jako významné a naléhavé, nicméně nesrozumitelné, podivně strojené, nebo přímo inscenované.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 227)

Nemocného provázejí halucinace, které jsou nejčastěji sluchové, kdy slyší hlasy. Jsou to ale i zrakové (vidí různé bytosti), tělové (je přesvědčen, že se jej někdo dotýká). Dochází ke zpomalenému procesu myšlení, vybavování a soustředění. Myšlení není plynulé, je roztržité, nedovede zobecnit. Nedokáže souvisle uvažovat. Komolí slova, vytváří si svoje vlastní, nová, často nesmyslná. Dochází k ochuzení slovního vyjadřování.

Bývají vztahovační. Mají sníženou schopnost rozpoznat hrozbu. Vzniká u nich nadměrná nebo naopak omezená aktivita. Chybí jim náhled na svoji chorobu. Jsou přesvědčeni, že jsou zdraví, ale všichni ostatní jsou divní. Objevuje se u nich porucha subjektivního prožívání vlastní osobnosti. Nepovažují se za to, co jsou. Mohou se stát nebezpečnými nejen sami sobě, ale i svému okolí.

Jejich jednání může být nepředvídatelné. Běžné informace chápou jinak, než zdraví jedinci. Přiřítají jim jiný význam, než ve skutečnosti mají. Mění se emoční prožívání. Jsou citově otupělí, apatičtí. Často se objevuje úzkost, přecitlivělost, bojí se hluku. U čtvrtiny nemocných se objevuje deprese. (Vágnerová, 2003, s. 82-87)

2.4.3 Typy schizofrenie

Základní typy schizofrenie jsou čtyři. V praxi se její formy mohou překrývat, kombinují se.

1) Paranoidní schizofrenie

Je charakterizována především izolovanými bludy a sluchovými halucinacemi. Nemocný je podezřívavý, vztahovačný. Je přesvědčen, že je ohrožen a pronásledován. Slyší různé hlasy, které mu přikazují co má dělat, hrozí mu. Vzniká nebezpečí, že by mohl někoho napadnout. Pokud se necítí být ohrožen, je spíše otupělý, nenápadný. Tato forma schizofrenie se objevuje až v pozdějším věku, kolem 40 let.

2) Hebefrenní schizofrenie

Jeví se jako prodloužená puberta s podivným způsobem klackovitého chování, šaškováním, neodpovídající věku, vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou. Základním znakem je porucha myšlení. Objevují se zvláštní, neobvyklé bludy a halucinace, častěji zrakové. Má potíže s vlastní identitou, neví kým je, někdy ani zda je žena či muž. Nemocní jsou podráždění. Emoční vzrušení se střídá se strachem a depresí. Trpí nedostatkem zábrán, jsou hrubí, vulgární. Nápadní bývají v mimice a pantomimických projevech. Grimasují a reagují nápadným smíchem. Planě filosofují a nápadně se strojí. Bezdůvodně utíkají, toulají se, nedbají o svůj zevnějšek.

Tato forma schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, mezi 15. až 25. rokem života.

3) Katatonní schizofrenie

Hlavní znakem je porucha psychomotoriky. V produktivní formě je nadměrná a nepřiměřená pohybová aktivita. Nemocní stále opakují určitá slova, nebo nějaké pohyby. V stuporózní formě je naopak projev zpomalený, či utlumený. Vydrží velice dlouho v jedné poloze, nehýbají se, nemluví. Halucinace jsou hlasové. Tito pacienti bývají značně nevyzpytatelní.

4) Simplexní schizofrenie

Forma málo častá. V popředí jsou změny chování s úpadkem vůle, zlostejněním. Ztrácejí zájmy. Emoce jsou oploštělé. Jsou bez zájmu, apatičtí, izolují se od společnosti. Přestávají o sebe dbát, upadají. Myšlení se zhoršuje až do úrovně demence.

(Vágnerová, 2003, s. 87-91, Raboch, Zvolský, 2001, s. 232-236)

2.4.4 Sociální dopady

Schizofrenie postihuje jedince v pracovní schopnosti a snižuje tak jejich společenské uplatnění. Nejsou schopni vykonávat stejnou práci. Jsou pomalí, hůře adaptibilní. Nezvládají ani běžnou či banální zátěž.

Nemocní se snaží izolovat od okolního světa, neboť jej nechápou, mají z něj strach.

Chybí jim vlastní subjektivní hodnocení choroby, nemají náhled a tudíž i motivaci k léčbě. Léčbu chápou jako násilnou manipulaci, která je pro ně nebezpečná a ohrožující. Myslí si, že jde o útok na jejich osobu.

Mají obtíže v mezilidských vztazích. Hromadí neúčelné věci. Dostatečně o sebe nedbají, často se i nemyjí. Mohou se násilně chovat vůči svému okolí, hlavně ke členům rodiny nebo známým. Je zde zvýšené riziko autoagrese, mohou ublížit i sami sobě. Dost často dochází k sebevraždám a častěji se stávají obětí trestné činnosti. Stávají se objektem výsměchu. Veřejnost je odmítá. Soužití s nimi v rodině bývá těžké, nevědí si s nimi rady. Sami nemocní by nejraději neudržovali žádný denní režim. (Vágnerová, 2003, s. 93-95)

2.5 Demence

„Demence je organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Ten negativně ovlivní úroveň sociální adaptace. V rámci tohoto syndromu bývají v různé míře postiženy i další psychické funkce. Demence vzniká na základě organického poškození CNS.“ (Vágnerová, 2003, s. 53)

U demence se jedná o postižení získané. Jde o snížení úrovně rozumových schopností a intelektové výkonnosti, poruchy chronického charakteru, emotivity, chování a vnímání. Demencí se označuje vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života až po

ukončení rozvoje tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 146)

2.5.1 Projevy demence

Zahrnuje postižení intelektu, poruchy paměti, myšlení, orientace, emocí, jednání. Má narušenou schopnost učení a poruchy úsudku. Má citovou plochost nebo nestálost, patické nálady, snížení etických a morálních norem, zmenšenou schopnost samostatného rozhodování. Jde o ztrátu sebeovládání se. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 146, 148)

2.5.1.1 Porucha kognitivních schopností

Většinou prvním příznakem je zapomnětlivost, zvláště nových informací. Postupně dochází k poruchám logického myšlení a soudnosti, prodlouženému vybavování. Dále k poruchám prostorové představivosti a orientace. V běžném životě se tato porucha projeví blouděním, a to i na známých místech, pomalým vybavováním, obtížným soustředěním na jakoukoliv práci. Nemocní ztrácejí orientaci v čase, neví co je za den. Později nejsou schopni vykonávat složitější úkony (např. kuchařky zapomenou vařit i ta nejjednodušší jídla). V počátečním stádiu se snaží zastírat svůj úbytek paměti smyšlenkami. V pokročilém stádiu demence nejsou schopni postižení ani jednoduchých logických úvah, nedovedou si vybavit vzpomínky. Mizí naučené dovednosti a osvojené návyky. Jsou zcela dezorientovaní a zmatení. Nemocný zapomíná, neví co dělal, kam si schoval svoje věci. Říká, že mu je někdo vzal. Dochází až ke ztrátě identity, kdy nemocný neví ani kdo je, nedokáže si vybavit svoje jméno. Dochází k záměně pojmů, vynechávání některých slov, často opakuje stále totéž. Přestávají rozumět mluvenému i písemnému sdělení. Začínají se špatně verbálně vyjadřovat, a na základě toho přestávají s okolím komunikovat, dochází k izolaci. Nakonec nemocný může zcela ztratit řeč. Vydává jen nesmyslné zvuky. Užívají nepřiměřených projevů chování, kterým chtějí na sebe upoutat pozornost (např. shazováním nádobí, tloučením do zdi). (Vágnerová, 2003, s. 54-56, Raboch, Zvolský, 2001, s. 146)

2.5.1.2 Poruchy emotivity

Zhoršuje se sebekontrola a ovládání vlastních emocí. Nemocní bývají depresivní, lítostiví, euforičtí, úzkostní, podráždění, labilní. Někdy dochází až k afektivním výbuchům. Bez příčiny a náhle mění náladu. Může být celkově neklidný. V pokročilejším stádiu převládá otupělost, apatie. Přestává projevovat zájem o cokoli, nic jej nezajímá a o nic neusiluje, ztrácí motivaci. (Vágnerová, 2003, s. 56, Raboch, Zvolský, 2001, s. 146)

2.5.1.3 Nápadnosti v chování

„Chování nemocných bývá často nepřiměřené situaci. V důsledku celkového úpadku jsou jejich reakce čím dál primitivnější a pro okolí zatěžující.“ (Vágnerová, 2003, s. 57)

U takto nemocných lidí dochází ke ztrátě iniciativy. Jsou zpomalení a utlumení. V pokročilém stádiu demence je jejich chování spojeno dost často s agresivitou různého stupně, od slovního napadání přes ničení předmětů až k násilné agresi vůči okolí. Patří sem i drobný neklid, utíkání z bytu či nemocničního oddělení, neúčelné přenášení předmětů, neustálé dotazování se na totéž. (Vágnerová, 2003, s. 57, Raboch, Zvolský, 2001, s. 146)

2.5.1.4 Změny osobnosti

Osobnost nemocných se mění s časem. Postupně dochází k celkovému úpadku. Zhoršuje se jejich přizpůsobivost. Nerespektují obvyklé normy chování k okolí. Ztrácejí své návyky, jsou bezohlední, sobečtí, nedůvěřiví, konfliktní, nesnášenliví, někdy i agresivní. Nejsou schopni pocítovat vinu. Později také mizí pocit studu. Nedbají o svou osobní hygienu, neudržují čistotu, dochází k inkontinenci moči a později i stolice. V pokročilém stádiu nejsou schopni sebekontroly, nemají náhled na svoje nevhodné projevy. (Vágnerová, 2003, s. 57)

2.5.2 Průběh demence

„Úpadek jednotlivých psychických funkcí probíhá v různém tempu, v závislosti na příčině. Průběh onemocnění je vždycky individuálně specifický, i když jde o stejnou diagnózu.“ (Vágnerová, 2003, s. 58)

Rozvoj demence lze rozdělit podle Vágnerové, 2003, s. 58-59 do několika fází. Pro každou z těchto fází je typická určitá míra postižení jednotlivých složek.

1. stádium – lehká demence

V tomto stádiu se objevují mírnější krátkodobé poruchy paměti, zvláště při vybavování některých slov, výkyvy v časové a místní orientaci. Uvažování je těžkopádné a pomalé. Projevuje se apatie a nezájem o aktivitu. Dochází k pozvolné sociální izolaci. V této fázi nemocní potřebují prozatím jen občasnou kontrolu a omezenou pomoc.

2. stádium – střední demence

Poruchy paměti jsou již větší, a to dlouhodobě. Je dezorientován časem i místem. Nechápe běžné vztahy a souvislosti, ztrácí soudnost, má problémy s řešením problémů. Začínají problémy s komunikací, řeč je co do obsahu chudá, má omezenou slovní zásobu, nezvládá sebeobsahu. Přestává zvládat osobní hygienu, objevuje se inkontinence. Nemocný potřebuje dohled a již trvalou pomoc.

3. stádium – těžká demence

Nemocný je zcela dezorientovaný, a to nejen časem a místem, ale i svou osobou. Vytrácí se myšlení, není schopen se vyjadřovat. Má úpadek náhledu, nerespektuje sociální pravidla. Nedokáže si vykonat tu nejjednodušší sebeobsluhu, nedokáže kontrolovat vyměšování. Je plně odkázán na péči svého okolí.

4. stádium – terminální

Nemocný je již upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí, ztrácí aktivity, je zcela závislý na ošetrovatelské péči.

2.5.3 Typy demencí dle Rabocha a Zvolského, 2001, s. 147

1) Demence atroficko-degenerativního původu, příčinou je degenerativní postižení mozku

- Alzheimerova choroba
- Korová demence s Lewyho tělísky
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby
- Huntingtonova choroba
- a další

2) Sekundární demence, vzniká jako důsledek postižení CNS, úrazem nebo otravou

a) Ischemicko-vaskulární demence

vaskulární demence s náhlým začátkem

multiinfarktová demence

převážně podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)

smíšená korová a podkorová vaskulární demence

další typy vaskulárních nemocí

b) Ostatní sekundární demence

- demence infekční etiologie (progresivní paralýza, demence při lymfické borelióze, demence i AIDS)
- demence prionové etiologie (Creutzfeldtova-Jakobova choroba aj.)
- metabolické demence (demence při jaterní nebo uremické encefalopatii, pellagra, Wilsonova choroba, akutní intermitentní porfyrie aj.)
- demence na podkladě normotenzního hydrocefalu
- demence traumatické etiologie
- demence intoxikační etiologie (alkoholové, farmakogenní demence aj.)
- demence na pokladě tumorů včetně paraneoplastických demencí
- ostatní sekundární demence (při epilepsii aj.)

Alzheimerova choroba

Jde o progresivní neurodegenerativní onemocnění, postižení mozkové kůry i podkorových oblastí. V mozkové kůře dochází k poškození nervových buněk. Je nejčastější demencí v naší populaci: 50-70 % z celkového počtu demencí. Její první příznaky se objevují již před 65. rokem věku. Nemoc se zprvu rozvíjí pozvolna, pomalu a plynule. Okolí si tedy na počátku nemoci ničeho nevšimne, neboť příznaky se zprvu objevují nenápadně. Většina případů se u dnešní populace rozvíjí mezi 65. až 80. rokem života. Choroba zpravidla trvá 5 až 8 let. Degenerace mozku tak vede až ke smrti. Člověk v rozvinutém období této nemoci potřebuje intenzivní péči. Většina z těchto pacientů končí v ústavní péči, což je současný sociální problém.

U této nemoci jde hlavně o úbytek kognitivních funkcí, porucha paměti, která se projevuje zapomnětlivostí. Tito lidé stále něco hledají, zapomínají vypínat spotřebiče, vodu apod. Dochází ke ztrátě orientace v čase i prostoru. Mají pocit dezorientace. V pokročilém stádiu neví ani, kdo jsou. Ztrácí schopnost logického uvažování. Nastává špatné slovní vyjadřování, zmenšuje se slovní zásoba, komolí slova, mají obtíže s komunikací. Přestávají kontrolovat své emoce. Trpí úzkostnou či depresivní náladou. Jsou často zlostní až agresivní vůči svému okolí. Nejsou schopni ovládat své jednání a nechápou jednání jiných lidí ve svém okolí. Později ztrácí zájem o vše kolem sebe, nedbají o sebe, neovládají ani své vyměšování. (Vágnerová, 2003, s. 61-63)

Ischemicko-vaskulární demence

Příčinou je onemocnění cévního systému, které vede k postižení mozkové tkáně. Vyskytuje se u 15-30 % ze všech demencí. Příčinou je kardiovaskulární onemocnění, kdy záleží nejen na genetické dispozici, ale i celkovém stylu života dnešní populace. Ke vzniku demence dochází po několika menších či po jedné rozsáhlejší příhodě mozkové. Tato demence vzniká náhle, průběh bývá nestejný. Někdy dochází i ke zlepšení a stav se může stabilizovat. Často dochází k ochrnutí jedné strany těla nemocného.

Úbytek kognitivních funkcí bývá nestejný. Dochází k poruchám paměti, ke zpomalení v procesu myšlení, k obtížím v pozornosti. Pro pacienta je obtížné si zapamatovat nové informace, ale staré si v počáteční fázi vybavuje. Odmítá vše nové, nemá chuť změnit svůj stereotyp, objevuje se neschopnost rozhodování. Jsou snadno unavitelní. Je u nich snížena výkonnost. Objevuje se zvýšená podrážděnost, jsou plačtiví, přecitlivělí, vztahovační. Mají sklon k úzkosti a depresivnímu ladění. V pokročilé fázi jsou apatičtí. (Vágnerová, 2003, s. 63-65)

2.5.4 Sociální dopady

„Úbytek kognitivních funkcí ovlivňuje veškeré aktivity postiženého, především se schopnostmi pracovat, samostatně žít, provádět běžné denní životní činnosti (např. starat se o hygienu, najíst se, oblékat se apod.)“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 146)

Dochází k postižení motoriky a nemocný neví, jak se co dělá. Přestává zvládat běžnou činnost sebeobsluhy a stává se závislým na druhých. (Vágnerová, 2003, s. 57)

U této nemoci je velmi důležitá základní péče o pacienta, kterou zajišťují lékaři, pečovatelé, nejbližší rodinní příslušníci či profesionálové. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 151)

2.6 Stárnutí

2.6.1 Pojem stárnutí

„Všichni lidé stárnou, i když se to občas snaží zapřít. Stárnutí nastává společně se změnami organismu a jeho funkcemi (pochody stárnutí), které však nemusí mít vždy a v každém případě pouze negativní charakter. Starý člověk sice už není tak rychlý, silný a zručný, ale je zato zvýšeně kritický, zkušený a vyrovnaný.“ (Künzel, 1990, s. 42)

Jde o ubývání tělesných i duševních sil, zpomalování chemických procesů v organismu. Jde o změny ve všech orgánech, vráskovatění pokožky, šedivění vlasů, snižování ostroty smyslů. V průběhu stárnutí v těle nastává mnoho změn, na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové a to i na úrovni celého organismu. (Hocman, 1985, s. 6)

Rozeznáváme věk kalendářní a věk biologický. Věk kalendářní se počítá ode dne narození, věk biologický posuzujeme podle stavu zachovalosti (opotrebovanosti) tělesné nebo duševní. (Hovorka, 1986, s. 28)

2.6.2 Vlivy stárnutí

Všichni vědci se shodují, že při stárnutí hrají roli vlivy zevní a vnitřní.

K zevním vlivům patří např.: stáří matky a otce v době, kdy byl počat nový jedinec; roční doba, ve které došlo k oplodnění; uplatňuje se i zemská přitažlivost, která nutí hnát krev proti svému působení, a tím údajně zeslabuje lidské srdce; prostředí; množství potravin, které člověk sní; infekce, vlivy prostředí, mezilidské vztahy.

Vlivy zevnitř: stáří vajíčka v době oplodnění, dědičné vlivy, poruchy v obranných pochodech těla, poruchy při tvorbě nových buněk, hormony, změny v ústřední nervové soustavě.

Vědci se ani nemohou dohodnout od kdy jedinec začíná stárnout, odpovídají různě:

- okamžikem početí
- okamžikem narození

- asi od dvaceti let
- od doby ukončení růstu
- od šedesáti, sedmdesáti let

Jedno ale vědí jistě: stárnutí je pochod nerovnoměrný – jednotlivé části těla nestárnou současně. Stárnutí neznamena zhoršení všech funkcí. (Hovorka, 1986, s. 40-42)

Stárnutí a smrt – to jsou jevy staré jako lidstvo samo. Jde o jevy, kterým lidé věnovali a stále věnují zvláštní pozornost. V dějinách lidstva šla s vývojem léčení i snaha vyléčit nejstrašnější nemoci. Předmětem mnoha mýtů a bájí je úsilí omladit tělo starého člověka, překonat smrt a navrátit člověka životu. Cílem gerontologického výzkumu je prodloužení lidského věku a aktivního života člověka. (Hocman, 1985, s. 5)

2.6.3 Příčiny stárnutí

V našem těle neustále vzniká a rozkládá se velké množství nejrozličnějších látek s nízkou molekulovou hmotností. Nepatrné snížení účinnosti enzymů v průběhu stárnutí se může ve značné míře odrazit v množství vznikajícího produktu – určitého druhu molekul v organismu. V průběhu stárnutí se mění množství a koncentrace látek s nízkou molekulovou hmotností. Neexistuje v organismu chemická sloučenina, jejíž obsah by zůstal nezměněný v průběhu celého života. Stárnutím klesá především obsah vody v těle, ztrácí ji tkáň. Postupně se více a více vysušuje. Největší význam, z hlediska stárnutí, mají změny těch látek, které jsou zapojeny nějakým způsobem do procesu řízení organismu, do dějů, jejichž úlohou je zachovávat ustálený stav organismu. Je známo, že během našeho života koncentrace celé řady hormonů a jiné důležité látky klesá. Existují také látky, jejichž množství se s postupujícím věkem v těle naopak zvyšuje. Tyto změny se v jednotlivých tkáních se stoupajícím věkem organismu navenek projeví jako důsledky stárnutí. Nedostatek uvedených látek v mozku se projeví snížením jeho činnosti a dobře známými projevy stárnutí: slábnutí paměti, pomalejší myšlení a až stařeckou demencí.

Všechny náhodně vybrané souvislosti ukazují, že vnější projevy stárnutí organismu jsou způsobeny změnami jistých látek na molekulární úrovni, které jsou podmíněny změnami aktivit příslušných enzymů a mohou souviset s chybami při tvorbě bílkovin. Jaké bílkoviny se v těle budou tvořit, závisí na genetickém materiálu v jádru buňky. Všechny úrovně stárnutí jsou navzájem pospojovány nepřehledným pletivem příčin a důsledků. Procesu stárnutí se účastní jak vliv vnitřního prostředí-genetického účinku, tak současně vliv vnějších faktorů, prostředí, které organismus obklopuje. (Hocman, 1985, s. 49,50)

Pokud se člověk začne dívat do své budoucnosti bez jakéhokoli cíle a rezignuje na další možnosti sociálně psychologického rozvoje, je to s ním subjektivně i objektivně špatné. Proto významným rysem není počet kalendářních roků, ale schopnost vyvíjet se dále jako osobnost, mít motiv, postoj a hodnotovou orientaci. (Pondělíček, 1987, s. 21)

2.6.4 Proces stárnutí

Každý člověk při svém narození vlastní cca sto miliard buněk, z toho patnáct miliard nervových-neuronů. Tento kapitál se začíná snižovat po pětadvacátém roce života. Po padesátém roce ji jedinec i začíná sám pociťovat. Většina těchto buněk v našem organismu má schopnost sama se obnovovat. Např. červené krvinky se obnovují po pětadvaceti dnech, ale jejich počet a obsah hemoglobinu se postupně snižuje. Některé buňky se obnovují jen padesátkrát. Buňky oční čočky, štítné žlázy nebo jater, se obnovují jen šestkrát. A nervové buňky se neregenerují vůbec, přesto jich denně ztrácíme deset až padesát tisíc. S postupujícím věkem je tak pro buňky stále složitější napravovat škody vzniklé látkovou přeměnou nebo vlivem našeho prostředí. Buněčné jádro též ztrácí svou genetickou funkci. Brání svým buňkám v množení a obnově tkání různých orgánů a tak dochází k přirozenému stárnutí jedince. Svaly se pomalu atrofují a ztrácejí pružnost, a to i u osob, které pravidelně cvičí. Tělo je tak méně hbité. Kostí se stávají křehčí, tím vzniká větší nebezpečí zlomenin. Páteř se zkracuje. Hrudní koš ztrácí na objemu, což má za následek snížení dýchací kapacity. Ztrácí se minerální zásoby v těle, jejichž nedostatek má za následek špatné držení těla, dýchací, trávicí a srdeční potíže. Kostní výrůstky poškozují chrupavku kolem a uvnitř kloubu, což má za následek artrózu, která je nejčastější příčinou invalidity. Vazy vápenatí a kostnatí a zabraňují tak činnosti kloubů. Játra a ledviny atrofují. Močový měchýř ztrácí svůj tonus a hůře tak udržuje moč. Příčinou je pak inkontinence. Srdce snižuje svou výkonnost, atrofuje, pomaleji se zotavuje. Tepny a žíly ztrácejí na pružnosti, snižuje se cirkulace krve. Plíce snižují svoji kapacitu, mění strukturu a ztrácejí pružnost. Mozek také stárne. Jeho váha a objem se snižují, přísun krve se snižuje a tím mozek spotřebovává méně kyslíku. Mozkové závitky se prohlubují a rozšiřují, atrofují. Trávicí trubice je nejvíce ušetřena stárnutím. Degeneruje sluch i zrak. Chuť a čich ztrácí cca až na šedesáti procentech ostrosti. Kůže ztrácí na pružnosti, ztenčuje se a objevují se vrásky. Vlasy vypadávají a šedivějí. Chlupy jsou silnější, na některých místech řidnou, jinde naopak houstnou. Imunitní systém se oslabuje. Jeho příčinou je zmenšení, ochabnutí brzlíku. Hrozí tak větší nebezpečí nemocí. (Dessaintová, 1999, s. 20-28)

2.6.5 Znak stárnutí

Pohyb je podstatný znak života. Snížená pohyblivost je přirozeným znakem stárnutí. Ustává-li, nastává stárnutí, ustane-li, přichází smrt.

Ve stáří nelze tréninkem vycvičit, znovu organismus dohnat k mládí. Zároveň je špatné při upozorování úbytku sil si říct: „Jsem už starý, jde to se mnou z kopce, musím jít stranou, ještě víc zvolnit výkon, chránit se pohybů, omezit co nejvíce svou činnost.“ Takový člověk jedná špatně. Člověk musí stále zůstat v pohybu, ať je mu deset či osmdesát, aby mu neztuhlo svalstvo a klouby neodvykly pohybu. (Klímová-Fügnerová, 1970, s. 113, 114)

Starý Galén, slavný otec medicíny, už v roce 172 před naším letopočtem napsal: „činnost je nejlepší přírodní lékař a je nezbytná k lidskému štěstí.“ (Klímová-Fügnerová, 1970, s. 113)

Stárnutí je normální součástí života. Jedná se o normální vývoj organismu a zákonitý jev životního procesu, který nenastává náhle, nýbrž probíhá kontinuálně. Plod dozrává v živého jedince, dítě dospívá v muže či ženu, dospělý člověk se mění ve starce. Každého z nás na konci životní dráhy očekává nevyhnutelná smrt. Stárnutí je tedy proces nezvratný, nelze jej zadržet, ale můžeme jej ovlivnit. Jde o přirozený proces. (Dessaintová, 1999, s. 19, Hocman, 1985, s. 94, Künzel, 1990, s. 43)

Jak označují vědci stárnutí vzhledem k věku:

50 až 65 let – ohlašování stáří, kam lidé vstupují z období zralé dospělosti. V této době ještě většina lidí pracuje, je schopných, zdatných jak po stránce tělesné tak duševní.

65-75 let – střední věk stáří, kdy výkonnost mírně poklesla, ale není obtížné.

Od 75 let začíná skutečné stáří, které nemusí být stařeckostí. Záleží na kondici jednotlivce.

(Klímová-Fügnerová, 1970, s. 17)

2.7 Stáří

„Jedná se o období involučních změn. Nejčastěji se počátkem tohoto období vymezuje v souvislosti s odchodem do důchodu (od 60 do 65 let).“

Stáří můžeme rozdělit na stáří časně (od 60 až do 75 let) a pozdní (nad 75 let).

V tomto období jde především o biologické stárnutí organismu, pokles výkonnosti jedince a jeho schopností. V tomto období jsou staří lidé častěji nemocní. Terminálním stádiem stáří je smrt. (Švingalová, 2002, s. 45)

Stáří není choroba, nelze ji léčit ani vyléčit. Je to normální etapa lidského vývoje jako každá jiná, časový úsek s biologickými a sociálními zvláštnostmi. Stáří nemá pevné ohraničení. Proto

důležitou roli u staršího člověka hraje subjektivní pocit zdraví. (Gregor, 1990, s. 76, Künzeli, 1990, s. 42)

2.7.1 Stáří a nemoc

Stáří nebývá stav dobrého zdraví. Po padesátce člověk stůně častěji než v mládí, čtyřikrát až pětkrát více. Nejčastěji jde o nemoci: choroby dýchacího ústrojí - záněty průdušek, revmatická onemocnění, osteoartróza, potíže se žaludkem a žlučníkem, arterioskleróza - důvodem jsou změny v tepnách, zvýšení krevního tlaku a cholesterolu, cukrovka, zrakové choroby - zelený a šedý zákal, nedoslýchavost, srdeční problémy, různé druhy psychóz, a v neposlední řadě novotvary, kterých stále přibývá (na základě průzkumu ministerstva zdravotnictví). Už ve 2. století n.l. prohlašoval slavný římský lékař Galenos: „Stáří není choroba, nýbrž určitý stav zdraví, kdy nastala porucha rovnováhy.“ Chtěl, aby učitelé, kteří vyučovali lékařství, učili nejen o nemocech, ale také i o zdraví a o stavech mezi zdravím a chorobou. (Hovorka, 1986, s. 40)

2.7.2 Ošetřování staršího člověka

Péče o staršího člověka je jiná než u mladšího. Velmi pečlivě se musí dbát na hygienu těla. Zvláště pak: omývání pokožky, střídavé otužování teplou a chladnější vodou, masáže vhodnými přípravky. Některá pokožka bývá suchá, jiná se nadměrně potí a mastí, kdy vznikají opruzeniny a z toho pak mohou vzniknout další komplikace.

Starší člověk je méně psychicky odolný. Každá, byť i méně závažná nemoc ho může uvést do deprese, neboť se u většiny z nich objevuje hned smrtící konec. Proto každý lékař, který ošetřuje staršího pacienta, nesmí nechat nemocného v pochybnosti o druhu nemoci, způsobu léčení a možnosti vyléčení. Musí s ním vhodně psychologicky zacházet. Starší pacient by neměl být v nemoci ponechán sám sobě, ať je v nemocnici či doma. (Klímová-Fügnerová, 1970, s. 146, 147)

2.7.3 Chvála stáří

Ve stáří neexistují jen černé chvíle, ale jsou i staří, kteří si své stáří chválí. Říkají: Nemusím chodit do zaměstnání, není tu dozor šéfa, není spěch, mám volnost v jednání, pravidelný plat - důchod, čas na své koníčky a na klidné prožití stáří. (Klímová-Fügnerová, 1970, s. 197)

2.8 Současné sociální služby pro takto nemocné jedince

2.8.1 Pečovatelské služby

Tyto služby jsou určeny pro lidi, kterým zdravotní postižení nebo stáří brání se starat o svoji domácnost a osobní péči. Cílem je, aby nemocní nebyli vytrženi ze svého přirozeného domácího prostředí. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 10,11)

2.8.1.1 Terénní pečovatelské služby

Poskytují služby těžce zdravotně postiženým a starým občanům. Pomáhají zvládat úkony v domácnosti a s osobní péčí nemocného. Cílem služeb je pomoci nemocným setrvat ve vlastním domácím prostředí. Tato služba je poskytována za úhradu.

Úkony pečovatelské služby jsou v pomoci při základních hygienických potřebách, donáška oběda, nákupy, nutné pochůzky, doprovod k lékaři, vyřizování úředních věcí, praní prádla, úklid, dohled nad nemocným. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 11,12)

2.8.1.2 Domy s pečovatelskou službou

Úkony jsou shodné jako u pečovatelské služby terénní, jen s tím rozdílem, že jsou poskytovány v domech s pečovatelskou službou. Tato služba je též poskytována za úhradu. (Pešatová, Švingalová, 2003, s.12)

2.8.2 Penziony pro důchodce

Jde o ústavy sociální péče. Jsou zde nemocní, kteří již nemohou nebo nechtějí žít ve svém domácím prostředí a je u nich snížena schopnost postarat se o sebe a svoji domácnost. Součástí je bydlení v prostorech tomu určených, které nemocnému nahrazují jeho původní domov. Tito lidé však ještě nepotřebují komplexní péči. Nemocní zde mohou využít dalších služeb: úklidu, praní prádla, stravování, donáška nákupů, doprovod k lékaři. Veškeré služby jsou poskytovány za úhradu. Mohou se zde zapojit do různých zájmových a kulturních aktivit, které jsou zde pořádány. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 12)

2.8.3 Domovy důchodců

Jsou určeny těm občanům, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a kteří pro své zdravotní problémy potřebují komplexní péči, kterou jim nemohou zajistit jejich rodiny ani pečovatelská služba. Nemohou sem být přijati ti nemocní, kteří vyžadují léčení a ošetření na

lůžku ve zdravotnickém zařízení. Cílem je nemocným alespoň z části zajistit jejich původní životní styl. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 12, 13)

2.8.4 Centra denních služeb

Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení a v přirozeném prostředí. Jsou určeny pro ty občany, jejichž schopnosti jsou sníženy v některých oblastech v jejich životě. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 13)

2.8.5 Stacionáře

Jde o komplex služeb. Jeho cílem je zachování si kvality života uživatelů. Jde o lidi, kteří nemohou žít samostatně a jejich rodiny se o ně mohou postarat jen část dne v jejich domácím prostředí. Náplní těchto služeb je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, vzdělávací a výchovné služby, pomoc při zajišťování práv a zájmů. Denní stacionáře pro seniory se nazývají Domovinky. Toto zařízení navštěvují obvykle v pracovní dny po vymezenou dobu. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 13, 14)

2.8.6 Osobní asistence

Jde o komplex služeb, které jsou poskytovány lidem se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou sníženy. Podstatou je osobní pomoc asistenta, který pomáhá zdravotně postiženému zvládat běžné dovednosti a úkony. Služba je poskytována v prostředí, kde nemocný bydlí, žije. Nemocnému to tak umožňuje setrvat v jeho přirozeném prostředí. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 16, 17)

2.8.7 Raná péče

Tato služba je určena těm rodinám, které se starají o dítě raného věku se zdravotním postižením. Jde o pomoc pedagogickou, sociální a zdravotní. Cílem je vytvořit vhodné podmínky pro vývoj dítěte. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 19)

2.8.8 Respitní (odlehčovací) péče

Služby jsou poskytovány těm, kteří celodenně pečují o osobu blízkou se zdravotním postižením. Toto se děje formou doprovodů dítěte do školy, péčí v domácím prostředí. Dávají jim tak možnost a čas k odpočinku. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 20)

2.8.9 Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)

Jedná se o zařízení, které poskytuje hospitalizaci lidem nesoběstačným, popřípadě částečně či úplně bezmocným. Provozovatelem jsou nemocnice, tedy stát či obec.

Dalšími službami jsou kluby důchodců, domy na půl cesty, krizová pomoc, podporová a chráněná bydlení, poradenství. (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 14,15,17,18)

2.9 Standardy kvality sociálních služeb

V používaných metodách sociální práce a v přístupu k uživatelům sociálních služeb dochází v posledních letech v oblasti sociálních služeb k výrazným změnám. Na tento vývoj reaguje Ministerstvo práce a sociálních věcí řadou systémových změn, které mají za cíl zajištění poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání. Tyto požadavky na kvalitu poskytování sociálních služeb jsou stanoveny v podobě standardů kvality. Lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

Standardy jsou orientovány především na uživatele. Popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a současně slouží jako indikátor k posouzení toho, do jaké míry se praxe blíží stanovenému standardu. Lze je použít pro všechny druhy sociálních služeb, největší význam však mají pro ústavní zařízení.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí

- 1) Procedurální** - stanovují postupy pro poskytování kvalitní sociální služby
 - 2) Personální** – jsou zaměřeny na personální zajištění služeb, které jsou přímo závislé na pracovnících, jejich vzdělání, dovednostech, vedení, podmínkách, které mají pro svou práci.
 - 3) Provozní** - definují podmínky pro poskytování sociálních služeb
- (Pešatová, Švingalová, 2003, s. 4, 24-29)

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části práce je analyzování problematiky života lidí s poruchami centrální nervové soustavy v naší společnosti. V této praktické části jsme se především zaměřili na demenci v okrese Nymburk.

3.2 Hypotézy šetření

1. Předpokládáme, že více jak 60 % trpících demencí má sociální zázemí, navštěvuje je rodina nebo nejbližší příbuzní.
2. Předpokládáme, že lidé, kteří měli v produktivním věku zájmy, záliby, koníčky, lépe využívají volného času v domově důchodců.
3. Předpokládáme, že lidé s nižším dosaženým vzděláním jsou ve vyšším věku častěji postiženi demencí než lidé s vyšším vzděláním.

3.3 Použité metody

V této práci byla použita metoda dotazníku, pozorování a rozhovoru. Dotazník je zaměřen na klienty domova důchodců v obci Rožďalovice. Je písemný, obsahuje 23 otázek, které jsou sestaveny tak, aby se respondenti k jednotlivým otázkám mohli i blíže vyjádřit. Otázky jsou formulovány tak, aby byly jednoduché, ale výstižné a nepřiliš zatěžovaly respondenta. Dotazník v úvodu obsahuje informace o samotném respondentovi. Celý dotazník je k dispozici v příloze č.1. Při vyplňování dotazníku s respondenty bylo použito řízeného rozhovoru.

3.4 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

V průzkumu bylo osloveno 21 respondentů žijících na specializovaném oddělení pro lidi s nemocí demence v Domově důchodců v obci Rožďalovice. Průzkum byl proveden v měsíci červnu 2005. Účast na rozhovoru byla dobrovolná. Rozhovor byl vždy veden pouze se souhlasem klienta. Každý z oslovených se mohl dobrovolně rozhodnout, zda se rozhovoru účastní či nikoli. Z těchto zúčastněných se jeden odmítl účastnit. S tématem a s podmínkami o provedení průzkumu byla podrobně seznámena ředitelka tohoto domova důchodců a hlavní sestra na daném oddělení, která byla celému průběhu přítomna.

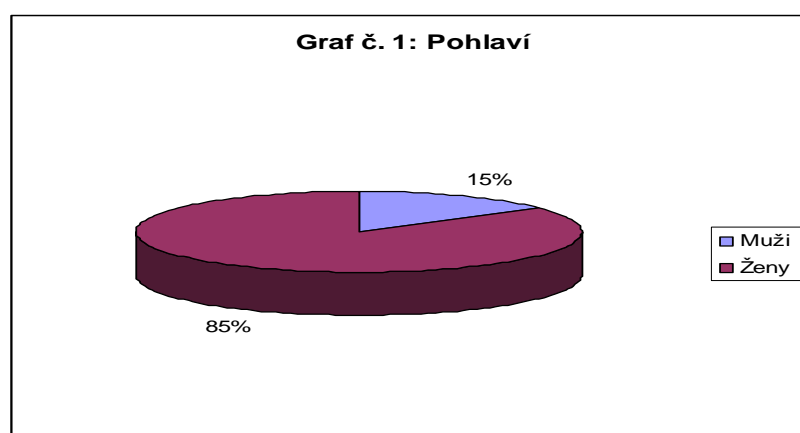
Vyplňování dotazníku bylo provedeno individuálně s každým z respondentů a bylo vedeno též formou řízeného rozhovoru, neboť většina z dotazovaných respondentů na základě již pokročilého stadia demence neumí číst ani psát.

Nejsou zde podchycena žádná data, která by mohla vést ke zneužití (zákon na ochranu dat). V tabulkách je znázorněna absolutní četnost, tedy počet respondentů, a dále je zde uvedena i relativní četnost v procentech (viz příloha č. 2).

3.5 Vyhodnocení dotazníku

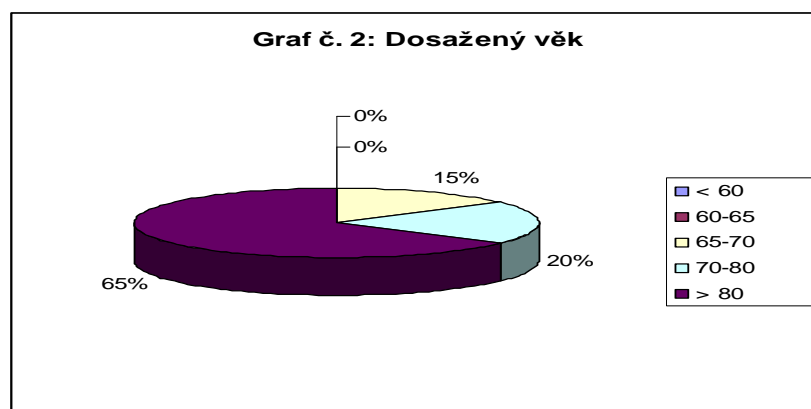
Otázka č. 1: Pohlaví

Zkoumaný vzorek se skládá z 20 respondentů (100 %), konkrétně ze 3 mužů (15 %) a 17 žen (85 %). Z toho vyplývá, že většinu respondentů tvoří ženy. Údaje jsou zaznamenány v tabulce a grafu č. 1 (viz níže).



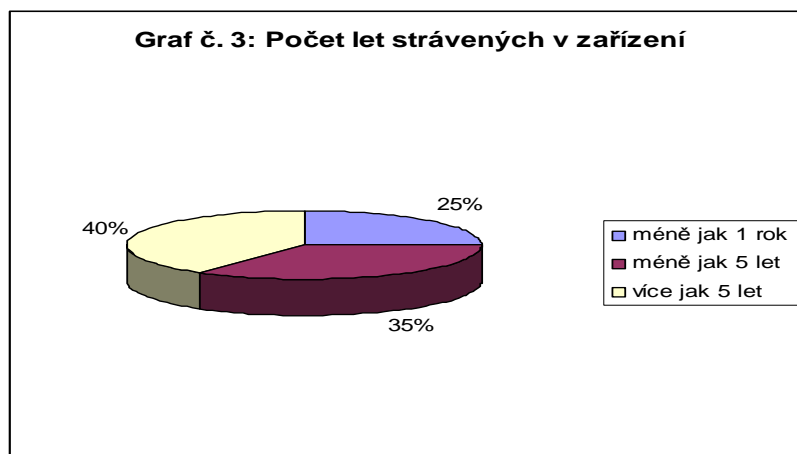
Otázka č. 2: Kolik Vám je let

Z celkového počtu oslovených respondentů žijících v domově důchodců v obci Rožďalovice není žádný člověk ve věku mladším 60 let ani ve věku 60-65 let. 3 lidé jsou ve věku 65-70 let, 4 lidé ve věku 70-80 let a 13 lidí je starších 80 let. Převáděno na relativní četnost to znamená 0 % ve věku mladších 60 let a ve věku 60-65 let, 15 % ve věku 65-70 let, 20 % ve věku 70-80 let a 65 % ve věku starších 80 let. Z toho vyplývá, že větší část respondentů tvoří lidé nad 80 let. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 2 (viz níže).



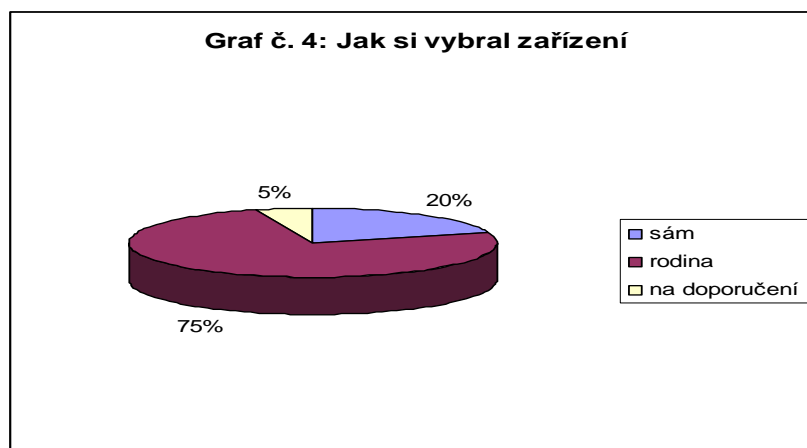
Otázka č. 3: Jak dlouho žijete v zařízení

Z uvedených dvaceti respondentů žije 5 v tomto zařízení méně než jeden rok, 7 méně jak 5 let a 8 více jak 5 let. Převáděno na relativní četnost to znamená, že 25 % respondentů zde žije méně jak jeden rok, 35 % méně jak 5 let a 40 % více jak 5 let. Z toho vyplývá, že větší část respondentů žije v zařízení více jak 5 let. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 3 (viz níže).



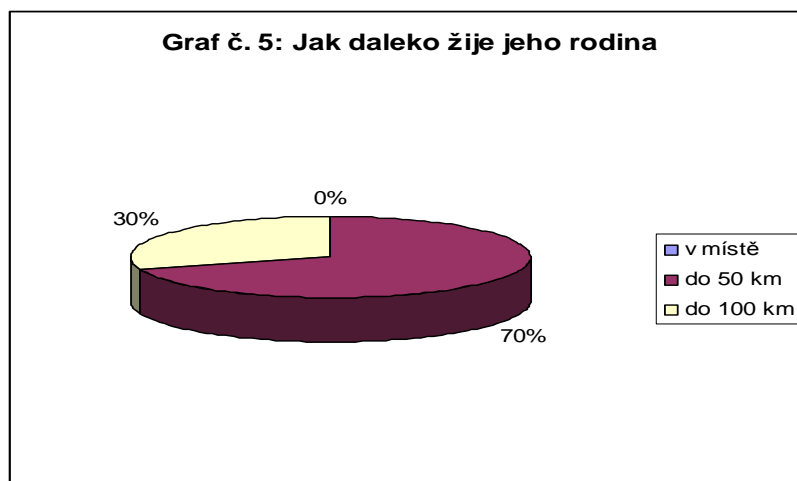
Otázka č. 4: Kdo Vám vybral toto zařízení

Zařízení si ve 4 případech klient vybral sám, v 15 případech jej klientovi vybrala rodina a v jednom mu toto zařízení někdo doporučil. Převáděno do relativní četnosti to znamená, že 20 % dotazovaných si toto zařízení vybralo samo, v 75 % to byla rodina a 5 % někdo ústav doporučil. Z toho vyplývá, že klienti tohoto oddělení jsou zde na základě výběru své rodiny. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 4 (viz níže).



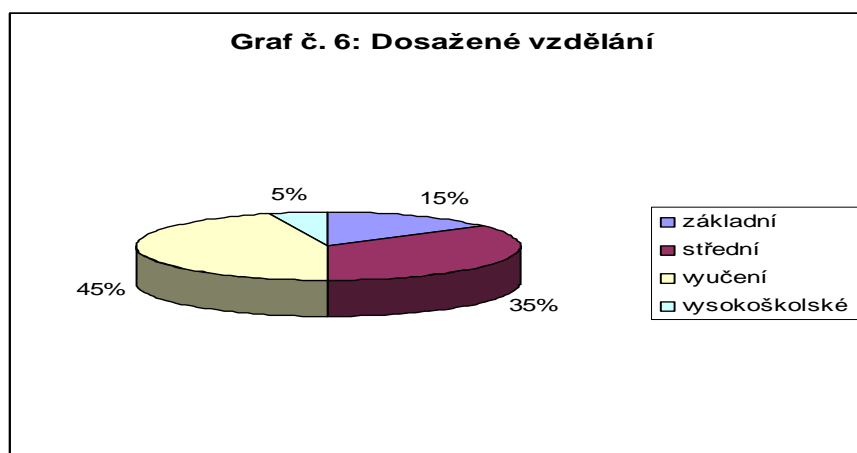
Otázka č. 5: Jak daleko žije Vaše rodina

Žádný z respondentů nemá rodinu v místě svého pobytu v domově důchodců. Ve 14 případech žije jeho rodina do 50 km a v 6 případech do 100 km. Převáděno do relativní četnosti lze konstatovat, že 0 % respondentů nemá svoji rodinu v místě domova důchodců, 70 % má rodinu do 50 km a 30 % do 100 km. Z toho vyplývá, že rodiny většiny klientů žijí ve vzdálenosti do 50 km. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 5 (viz níže).



Otázka č. 6: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

3 respondenti tohoto zařízení za svého života dosáhli základního vzdělání, 7 respondentů středního, 9 respondentů je vyučeno a 1 respondent má vysokoškolské vzdělání. Převáděno do relativní četnosti znamená, že 15 % má základní vzdělání, 35 % střední, 45 % vyučení a 5 % vysokoškolské vzdělání. Z toho vyplývá, že největší % tvoří respondenti s vyučením. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 6 (viz níže).

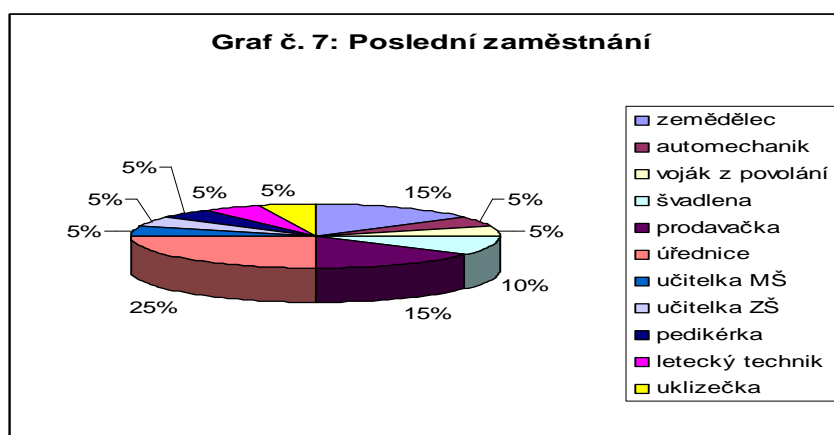


Otázka č. 7: Vaše poslední zaměstnání, než jste odešel do důchodu

Před odchodem do důchodu pracovalo všech 20 oslovených respondentů. 3 pracovali v zemědělství, 1 jako automechanik, 1 byl vojákem z povolání u naší armády, dále zde byli 2 švadleny, 3 prodavačky, 5 úřednic, 1 učitelka mateřské školy a 1 učitelka základní školy na I. stupni, 1 pedikérka, 1 letecký technik a 1 uklízečka. Převáděno do relativní četnosti: 15 % bylo zaměstnáno v zemědělství, 5 % v autoopravárenství, 5 % v armádě, 10 % v krejčovství, 15 % v prodeji, 25 % v administrativě, 5 % v učitelství MŠ a 5 % v učitelství ZŠ, 5 % v pedikérství, 5 % v letectví a 5 % v úklidových službách. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 7 (viz níže).

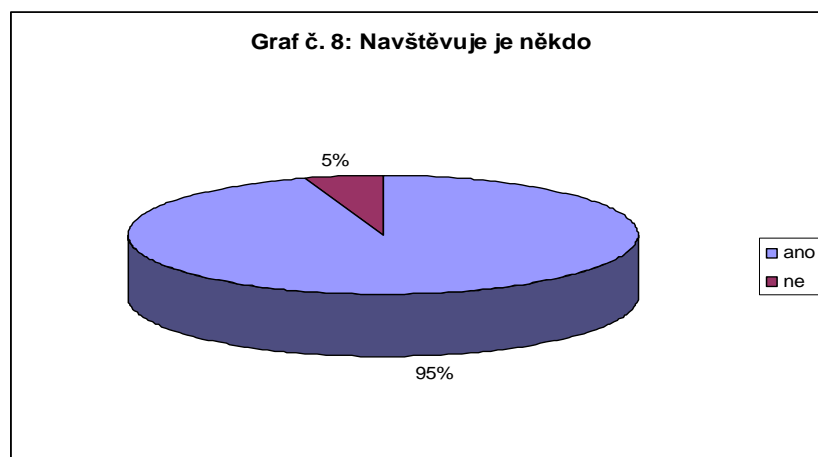
Tabulka č. 7

Poslední zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zemědělec	3	15
Automechanik	1	5
Voják z povolání	1	5
Švadlena	2	10
Prodavačka	3	15
Úřednice	5	25
Učitelka MŠ	1	5
Učitelka ZŠ	1	5
Pedikérka	1	5
Letecký technik	1	5
Uklízečka	1	5



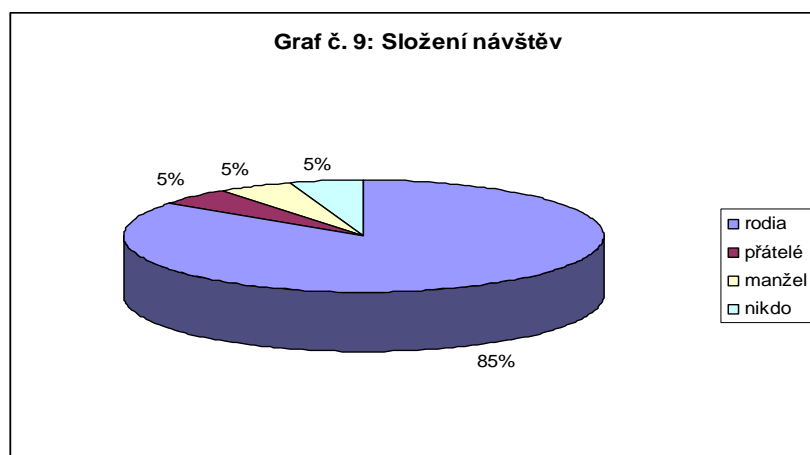
Otázka č. 8: Navštěvuje Vás někdo

Z tohoto zařízení má 19 klientů návštěvy a 1 klientku nenavštěvuje nikdo, neboť ona sama byla jedináček, děti neměla, manžel jí zemřel a z příbuzných již také nikdo nežije. Převáděno do relativní četnosti - 95 % má návštěvy a 5 % nikoliv. Z toho vyplývá, že většinu klientů někdo pravidelně či nepravidelně navštěvuje. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 8 (viz níže).



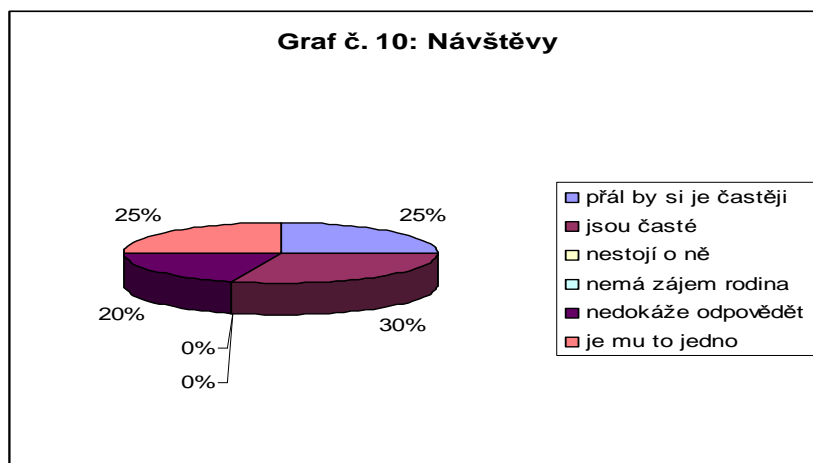
Otázka č. 9: Pokud ano, kdo

Složení návštěvy tvoří v 17 případech rodina, a to jsou především dcery, synové se svými dětmi a manželkami. V 1 případě přátelé, v 1 manžel a 1x nikdo. Převáděno do relativní četnosti to znamená 85 % navštěvuje rodina ve složení dcera, syn, vnoučata, snacha, zeť, 5 % přátelé, 5 % manžel a 5 % nikdo. Z toho vyplývá, že většinu klientů navštěvuje především rodina. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 9 (viz níže).



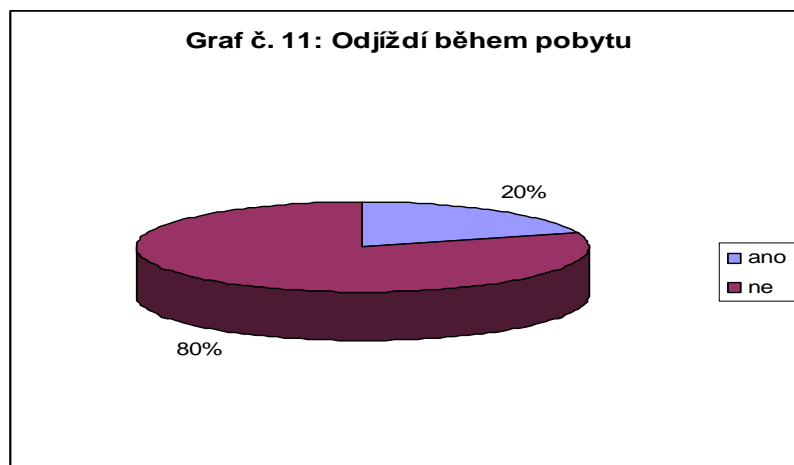
Otázka č. 10: Návštěvy

Z uvedených 5 respondentů by si přálo návštěvu častěji, 6 říká, že má návštěvu často, 4 nedovedou odpovědět a 5 respondentům je to lhostejné. Převáděno do relativní četnosti, 25 % by si přálo návštěvu častěji, 30 % říká, že má návštěvy často, 20 % nedokáže odpovědět, 25 % je to jedno. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 10 (viz níže).



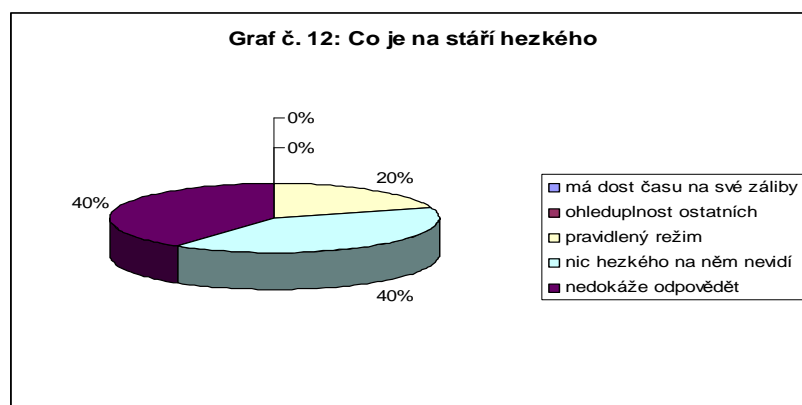
Otázka č. 11: Odjíždíte během pobytu ke své rodině, či příbuzným

Z 20 oslovených respondentů jich 16 uvedlo, že během pobytu nikdy neodjíždí či neopouští domov důchodců. 4 z dotazovaných respondentů opouští brány domova důchodců se svými blízkými. Převáděno do relativní četnosti: 20 % odjíždí během svého pobytu mimo domov důchodců se svými příbuznými k nim domů či na procházku mimo brány domova. 80 % již nikdy od vstupu do tohoto zařízení neopustilo brány se svými příbuznými, rodinou, přáteli. Z toho vyplývá, že většinu klientů žije stále v prostorách domova důchodců. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 11 (viz níže).



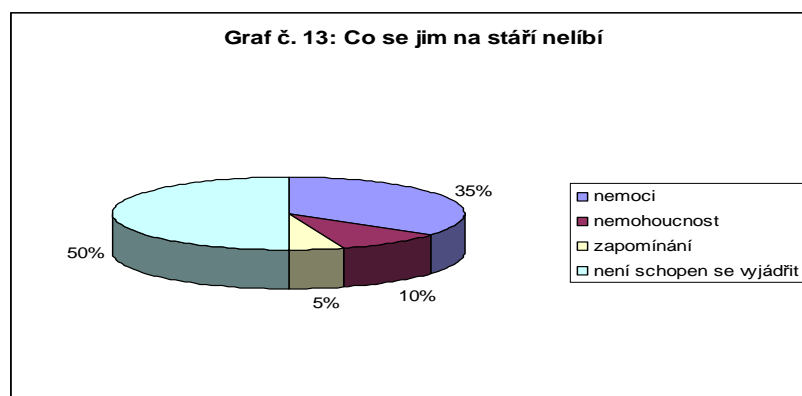
Otázka č. 12: Co si myslíte, že je na Vašem stáří to hezké

Na otázku, co je na stáří to hezké, nikdo z dotazovaných neuvedl, že má dost času na své záliby, dále nikdo, že je hezká ohleduplnost od ostatních. 4 respondenti na tento dotaz uvedli, že mají pravidelný režim, 8 na stáří nevidí nic hezkého a 8 respondentů se nedovedlo vůbec vyjádřit vzhledem k pokročilému stadiu demence. Převáděno do relativní četnosti - 0 % má dostatek času na své záliby a 0 % ohleduplnost od ostatních. 20 % uvádí, že je pro ně dobré, že mají pravidelný režim, 40 % na svém stáří nevidí nic hezkého a 40 % na otázku nedovedlo vůbec odpovědět. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 12 (viz níže).



Otázka č. 13: Co se Vám na stáří nelíbí

7 respondentům se na stáří nelíbí jejich nemoci, mezi které patří především demence, Alzheimerova choroba. 2 respondenti uvádí, že se nemohou pohybovat, vše je bolí, 1 respondentovi vadí, že všechno zapomíná, nedokáže si vzpomenout na plno věcí. 10 respondentů se k danému tématu nebylo schopno vůbec vyjádřit. Převáděno do relativní četnosti není nadšeno svým stářím 35 % pro nemoc, 10 % pro nemohoucnost, 5 % pro zapomínání a 50 % se nebylo schopno vyjádřit. Z toho vyplývá, že polovina respondentů vzhledem ke svému pokročilému stadiu demence na podrobnější otázky ke svému pobytu v domově důchodců se není schopna vyjádřit. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 13. (viz níže).

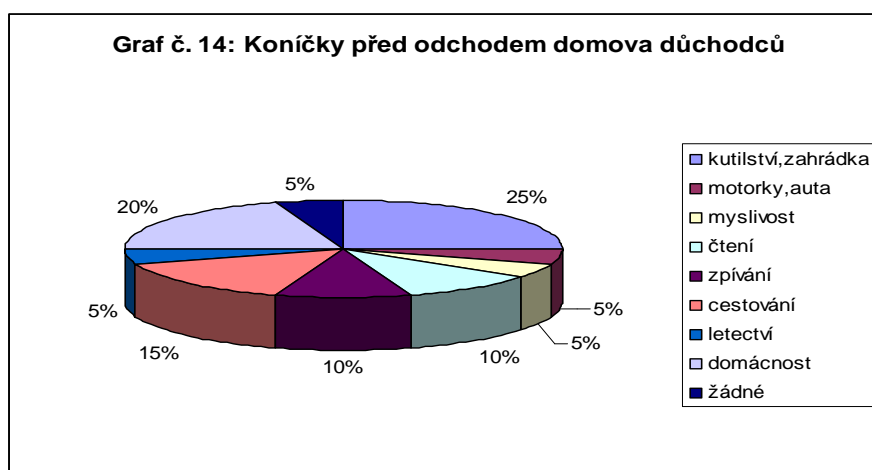


Otázka č. 14: Jaké koníčky jste měl, než jste odešel do domova důchodců

Z 20 oslovených klientů oddělení pro demenci v Domově důchodců v obci Rožďalovice za pomoci vrchní sestry odpověděli všichni. 5 uvedlo, že jejich koníčkem před odchodem do domova důchodců bylo kutilství a zahrádka, 1 zajímaly motorky a auta, 1 myslivost, 2 rádi četli, 2 milovali zpěv, 3 cestování po naší republice, ale i v cizině, 1 letectví, 4 věnovaly domácnost – vaření, pečení a ruční práce. 1 uvedl, že neměl žádné koníčky. Převeďeno do relativní četnosti: 25 % kutilství a zahrádka, 5 % motorky a auta, 5 % myslivost, 10 % četba, 10 % zpěv, 15 % cestování, 5 % letectví, 20 % domácnost – vaření, pečení a ruční práce, 5 % nemělo koníčka žádného. Z toho vyplývá, že většina klientů před odchodem do domova důchodců měla nějakého koníčka, který vyplňoval jejich volný čas v důchodu. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 14 (viz níže).

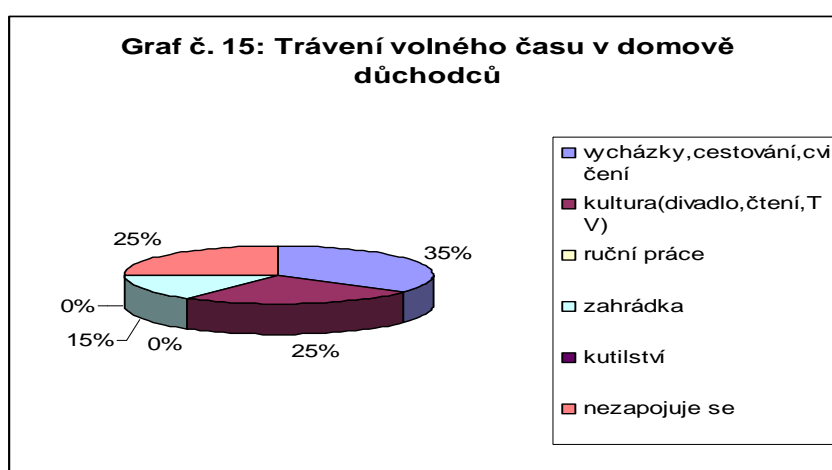
Tabulka č. 14

Koníčky před vstupem do DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kutilství, zahrádka	5	25
Motorky, auta	1	5
Myslivost	1	5
Čtení	2	10
Zpívání	2	10
Cestování	3	15
Letectví	1	5
Domácnost, vaření, ruční práce	4	20
Žádné	1	5



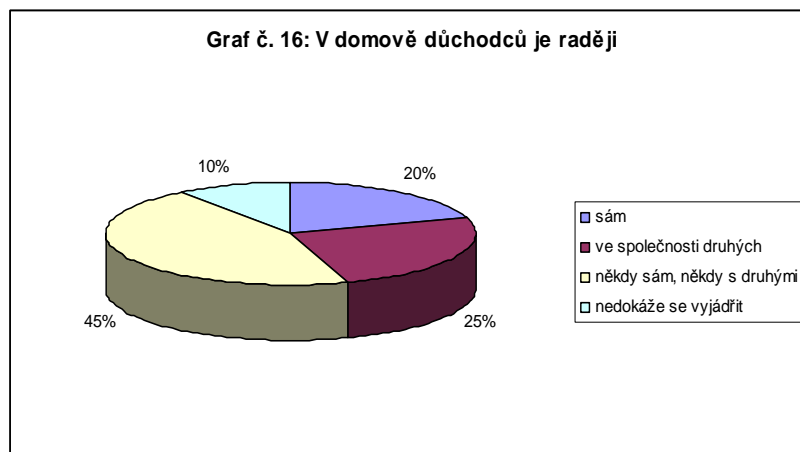
Otázka č. 15: Jakým způsobem využíváte volného času, který Vám nabízí v domově důchodců

Jak využívají klienti svůj volný čas v domově důchodců, odpovědělo všech 20 respondentů, a to opět za pomoci vrchní sestry uvedeného oddělení. 7 klientů využívá volného času tak, že chodí na vycházky pořádané domovem důchodců do blízkého okolí spojené s cestováním a cvičením ve volné přírodě. 5 klientů má rádo kulturu ve formě návštěv divadel, místního kina a často se dívají na pořady v televizi. Muži rádi sledují sportovní utkání, hlavně fotbal a hokej. Jinak všichni mají rádi večerníčka a pohádky. Z televizního programu je vůbec nezajímají zprávy a seriály, u nichž nechápou dané souvislosti. Nikdo z klientů se nezabývá ručními pracemi. Dříve, když na tom klienti byli po zdravotní stránce o něco lépe, účastnili se v kuchyni přípravy jídel a také pekli zákusky a na Vánoce cukroví. V současné době není schopen z daných klientů jemné motoriky nikdo, často jim věci padají z ruky. 3 klienti rádi pracují na zahrádce, vytrhávají plevel, okopávají květiny. O kutilství se v současné době již také nikdo nezajímá. 5 klientů z tohoto oddělení se ve volném čase do ničeho nezapojuje, ve volném čase jenom sedí a spí. Z toho je jeden upoután na vozík, neboť nemůže chodit a je úplně slepý. Převáděno do relativní četnosti - 35 % ve volném čase se účastní vycházek, cestování, cvičení ve volné přírodě, pořádané zdejšími domovem důchodců. 25 % tráví čas kulturou - divadlo, místní kino a televize. 0 % ruční práce, 15 % se snaží pracovat na zahrádce, která je součástí domova důchodců a je v její těsné blízkosti. 0 % kutilství, neboť vzhledem ke stádiu demence chybí jemná motorika. 5 % se vůbec ve volném čase do ničeho nezapojuje. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 15 (viz níže).



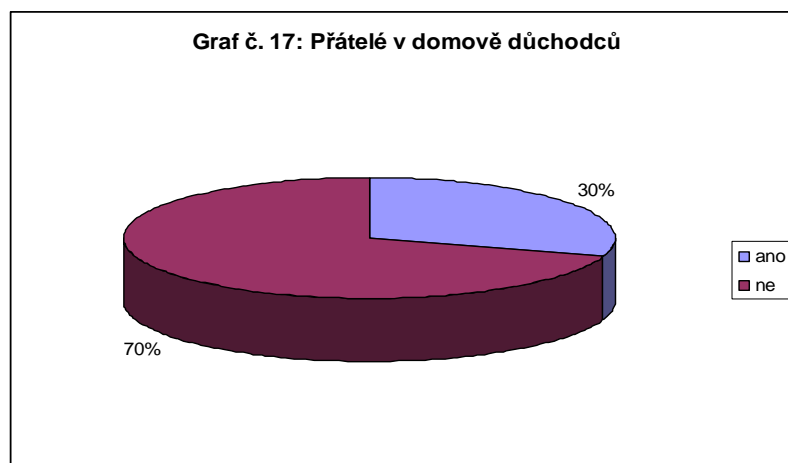
Otázka č. 16: V domově důchodců jste raději

4 respondenti z dotazovaných jsou v domově důchodců nejraději sami, 5 ve společnosti ostatních, 9 uvádí, že někdy sami, někdy ve společnosti druhých. 2 se nedovedli k dané otázce vyjádřit. Převáděno do relativní četnosti: 20 % v domově důchodců je nejraději samo, 25 % ve společnosti ostatních. 45 % je rádo někdy samo a někdy s druhými. 10 % se nedokáže vyjádřit. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 16 (viz níže).



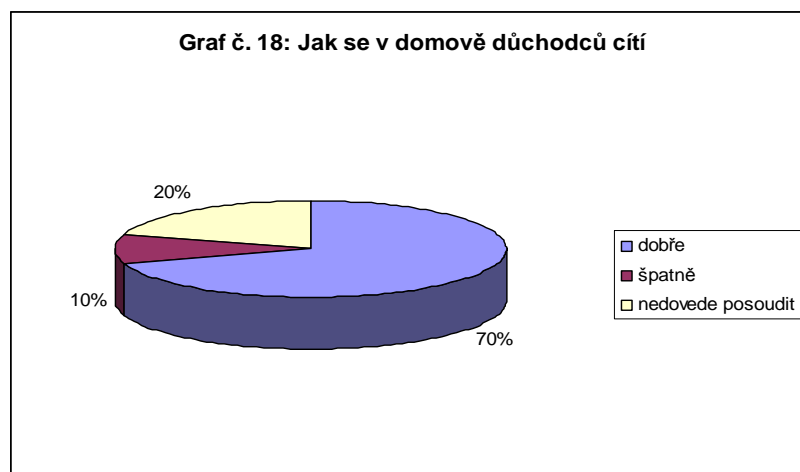
Otázka č. 17: Máte zde přátele

6 z přítomných uvádí, že má nějaké přátele v tomto domově důchodců a 14 z dotazovaných, zde nemá nikoho, s nikým by se nekamarádili. Ten, kdo uvedl, že má přátele v domově důchodců, měl na mysli většinou někoho ze současného personálu. Převáděno do relativní četnosti - 30 % uvádí, že má ve zdejších domově důchodců přátele a 70 % uvádí, že zde žádné nemá. Z toho vyplývá, že klienti domova důchodců nejsou schopni vzhledem ke své nemoci vytvářet kvalitní partnerské vztahy, a proto se upínají na personál. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 17 (viz níže).



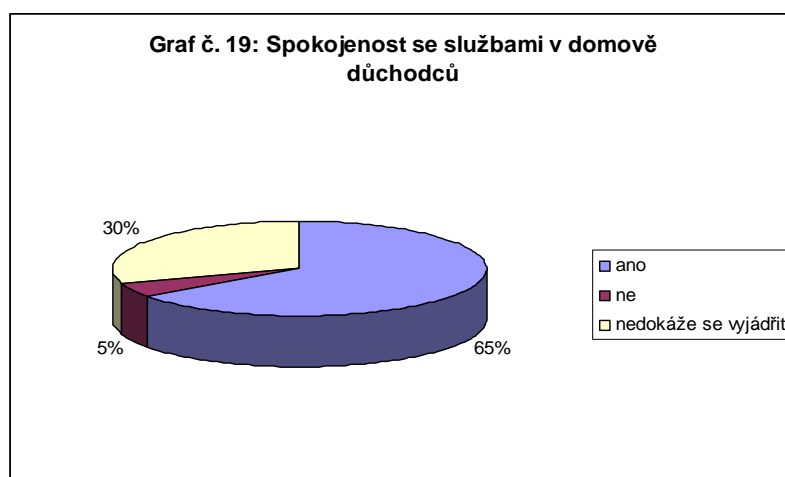
Otázka č. 18: Jak se cítíte v domově důchodců

Na dotaz, jak se v domově důchodců cítí, 14 klientů uvedlo, že dobře, 2 špatně a 4 nedovedli posoudit. Převedeno do relativní četnosti - 70 % se cítí v domově důchodců dobře, 10 % špatně 20 % to nedovede posoudit. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 18 (viz níže).



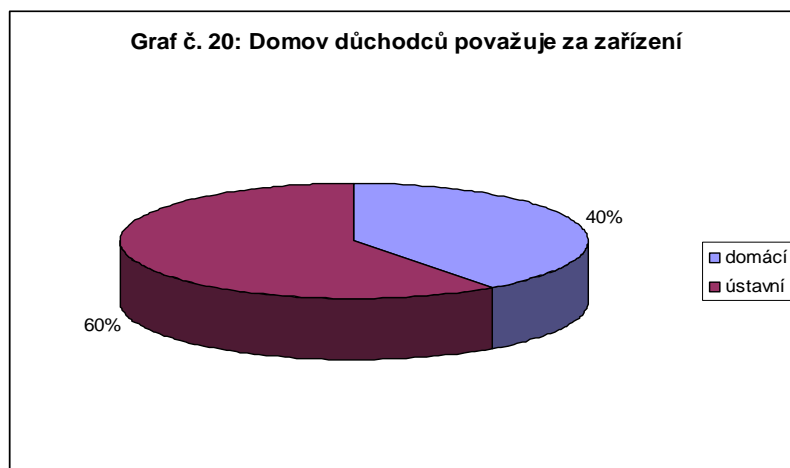
Otázka č. 19: Jak jste spokojen se službami v domově důchodců

13 respondentů z dotazovaných je spokojeno se službami poskytovanými zdejším domovem důchodců. 1 respondent je nespokojený, nelíbí se mu režim zdejšího domova důchodců, nechce ráno vstávat, sám jíst. Nejrady by ležel v posteli a spal. Pokud však spí přes den, pak v noci chodí po budově a budí ostatní spolubydlící. Je i agresivní vůči personálu a ostatním zdejším klientům. Krade jídlo a různé věci po budově a pak je hází do toalety. 6 respondentů se nedokázalo vyjádřit. Převedeno do relativní četnosti - 65 % je se službami v domově důchodců spokojeno, 5 % není spokojeno a 30 % se nedokáže vyjádřit. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 19 (viz níže).



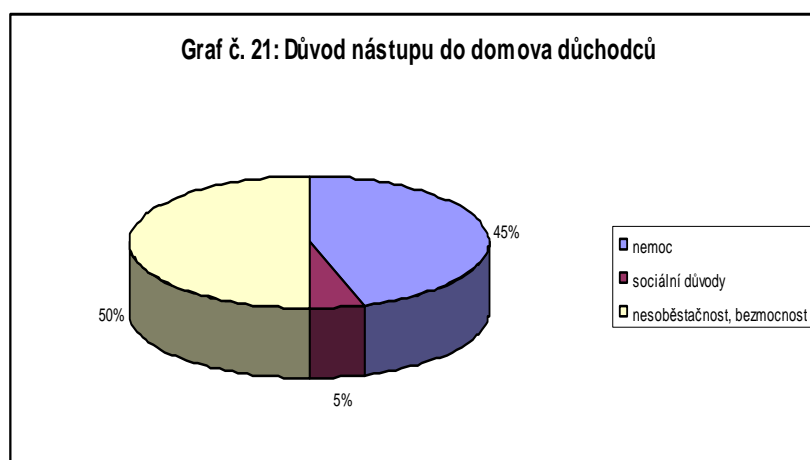
Otázka č. 20: Za jaký domov považujete zdejší zařízení

8 z dotázaných uvedlo, že zdejší domov důchodců považuje za více domácí a 12 za více ústavní. Převáděno do relativní četnosti: 40 % se cítí být v domově důchodců jako doma a 60 % jako v ústavním léčení. Na základě těchto údajů lze říci, že většina se zde cítí jako v ústavu. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 20 (viz níže).



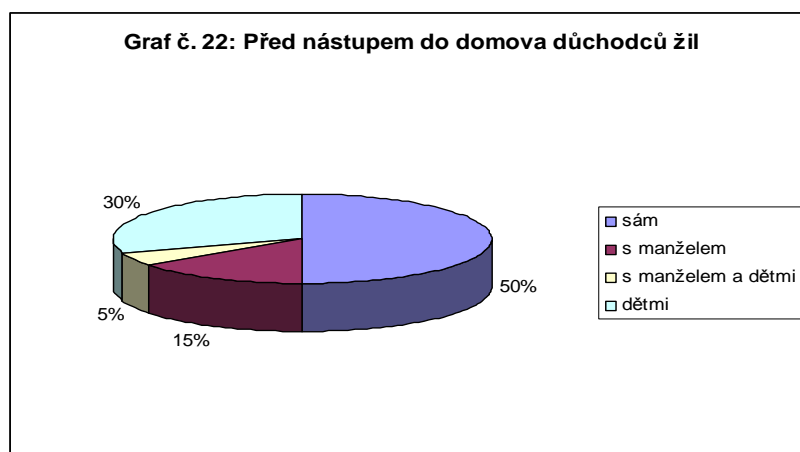
Otázka č. 21: Jaký byl Váš důvod nástupu do domova důchodců

9 respondentů z dotazovaných uvádí, že hlavním důvodem pro vstup do zdejšího zařízení byla nemoc, 1 respondent měl pro vstup sociální důvody, 10 respondentů se nedokázalo o sebe postarat, byli nesoběstační a bezmocní. Převáděno do relativní četnosti sem nastoupilo 45 % pro nemoc, 5 % ze sociálních důvodů a 50 % pro nesoběstačnost, bezmocnost. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 21 (viz níže).



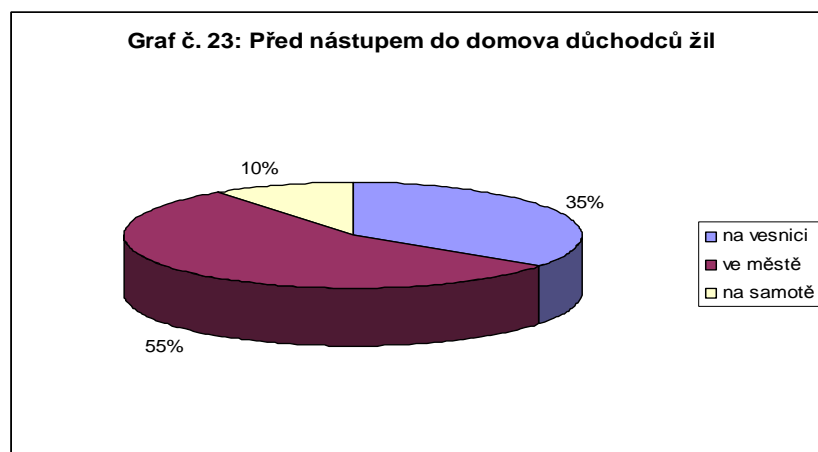
Otázka č. 22: Než jste byl umístěn do zdejšího zařízení, kde jste žil

Z 20 dotazovaných respondentů jich 10 uvádí, že před vstupem do domova důchodců žili sami, 3 s manželem, který se už o ně nebyl schopen postarat, 1 žil s manželem a dětmi v jednom domě, ale děti se o něho nemohly po celý den starat, protože mají své rodiny a hlavně práci, kde pobývají většinu dne. 6 respondentů žilo spolu s dětmi v jedné domácnosti. Převáděno do relativní četnosti - 50 % žilo samo, 15 % s manželem, 5 % s manželem a dětmi a 30 % s dětmi. Z toho vyplývá, že hlavním důvodem umístění do domova důchodců bylo to, že sami klienti se již nebyli schopni o sebe postarat vzhledem ke svému pokročilému stadiu nemoci a rodina se též nemohla o svého příbuzného postarat. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 22 (viz níže).



Otázka č. 23: Než jste byl umístěn do zdejšího zařízení, v jaké obci jste žil

Před vstupem do domova důchodců 7 respondentů žilo na vesnici, 11 ve městě a 2 na samotě. Převáděno do relativní četnosti - 35 % žilo na vesnici, 55 % ve městě a 10 % s na samotě. Údaje jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 23 (viz níže).



3.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Tato bakalářská práce si stanovila dvě hypotézy.

1. Předpokládáme, že více jak 60 % trpících demencí má sociální zázemí, navštěvuje je rodina nebo nejbližší příbuzní.
2. Předpokládáme, že lidé, kteří měli v produktivním věku zájmy, záliby, koníčky, lépe využívají volného času v domově důchodců.
3. Předpokládáme, že lidé s nižším dosaženým vzděláním jsou ve vyšším věku častěji postiženi demencí než lidé s vyšším vzděláním.

V první z hypotéz jsme předpokládali, že více jak 60 % trpících demencí má sociální zázemí, navštěvuje je rodina nebo nejbližší příbuzní.

Tato hypotéza byla potvrzena, jak je patrné v tabulce a grafu č. 8 i 9. V dotazníku na otázku č. 8, která zněla „Navštěvuje Vás někdo“ odpovědělo všech 20 dotazovaných respondentů. 19 respondentů odpovědělo, že má návštěvy a 1 respondent odpověděl, že návštěvy nemá. Jednalo se o ženu, které je přes 88 let. Neměla žádné sourozence, neměla ani děti. Manžel jí zemřel a z příbuzných již také nikdo nežije. V tabulce a grafu č. 8 je tedy patrné, že 95 % má sociální zázemí, navštěvují je příbuzní, rodina a jejich nejbližší. Toto bylo také potvrzeno i v tabulce a grafu č. 9, kde je patrné, že respondenty navštěvuje z 85 % rodina – dcery, synové, vnoučata, 5 % přátelé, 5 % manžel.

V druhé hypotéze jsme předpokládali, že lidé, kteří měli v produktivním věku zájmy, záliby, koníčky, lépe využívají volného času v domově důchodců.

Tato hypotéza se také potvrdila, což je patrné v tabulce a grafu č. 14 i 15. V dotazníku na otázku č. 14, která zněla „Jaké koníčky jste měl, než jste odešel do domova důchodců“, odpovědělo všech 20 dotazovaných respondentů. Pět z dotazovaných uvedlo, že jejich koníčkem před odchodem do domova důchodců bylo kutilství a zahrádka. Jeden z respondentů opravoval motorky a auta. Zajímalo ho vše, co se týkalo automobilismu. Rád jezdil na různé závody, výstavy, soutěže. Jeden z respondentů se zabýval myslivostí, měl myslivecké psy, ohaře. Chodil lovit do lesa zvěř, neboť byl ve spolku myslivců. Dva respondenti rádi četli literaturu všeho druhu. Dvě respondenty rády zpívaly. Jedna navštěvovala v místě svého bydliště kostel, kde byla členkou sboru. Pro tři respondenty z dotazovaných bylo před odchodem do domova důchodců velkým koníčkem cestování, a to nejen po naší republice, ale i cizině. Pro jednoho respondenta bylo koníčkem letectví a pro čtyři rodina, domácnost – vaření, pečení a ruční práce. Jen jeden respondent z dotazovaných uvedl, že neměl ve svém životě před odchodem do domova důchodců žádné koníčky.

V dotazníku na otázku č. 15, která zněla „Jakým způsobem využíváte volnočasové aktivity, které Vám nabízí v domově důchodců“, odpovědělo všech 20 dotazovaných respondentů, a to opět za pomoci vrchní sestry uvedeného oddělení. Sedm dotazovaných respondentů uvedlo, že volný čas v domově důchodců využívá tak, že chodí na vycházky pořádané domovem důchodců do blízkého okolí spojené s cestováním a cvičením ve volné přírodě. Často s pečovatelkami chodí do blízkého okolí a lesa, kde v různých obdobích sbírají konvalinky, lesní plody – maliny, ostružiny, houby. Pět z dvaceti respondentů má rádo kulturu, kterou přijímá v jakékoli formě. Muži rádi sledují sportovní utkání, hlavně fotbal a hokej. Všichni mají rádi večerníčka a pohádky. Nijak je nezajímají zprávy a seriály, u nichž nechápu dané souvislosti. Nikdo z klientů se nezabývá ručními pracemi, neboť u těchto respondentů je už porušená jemná motorika, často jim i věci padají z ruky. Tři respondenti rádi pracují na zahrádce, vytrhávají plevel, okopávají. O kutilstvím se v současné době již také nikdo nezajímá. Pět z respondentů se ve volném čase do ničeho nezapojuje. Ve volném čase jenom sedí a spí. Z toho je jeden z respondentů upoután na vozík. Nemůže chodit a je úplně slepý.

Z otázky č. 14 vyplývá, že většina respondentů (95 %) před odchodem do domova důchodců měla nějakého koníčka, který vyplňoval jejich volný čas v důchodu. A v současné době v domově důchodců využívá volného času 75 % respondentů. Pouze 25 % se nijak nezapojuje, ale toto je z důvodů, že se jedná o respondenty, kteří jsou v pokročilém stádiu demence a často ani nevnímají kolem sebe okolí či pohyb. Toto je patrné z tabulky a grafu č. 15.

Z tohoto vyplývá, že lidé, kteří měli ve svém životě a před odchodem do domova důchodců nějaké zájmy, záliby, koníčky, dovedou v současné době lépe využít volného času v domově důchodců. Jinak se nepodařilo najít souvislost mezi zálibami v době před odchodem do důchodu a v době důchodu. Záliby jsou někdy zcela odlišné. Ve většině našich případů je záliba ovlivněna výhradně fyzickým a psychickým zdravotním stavem.

V třetí hypotéze jsme předpokládali, že lidé s nižším dosaženým vzděláním jsou ve vyšším věku častěji postiženi demencí než lidé s vyšším vzděláním.

Tato hypotéza byla též potvrzena, což je patrné v tabulce a grafu č. 6. V dotazníku na otázku č. 6, která zněla „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“, odpovědělo všech 20 dotazovaných respondentů. Tři respondenti z dotazovaných dosáhli základního vzdělání (15 %), devět respondentů se vyučilo (45 %), sedm respondentů dosáhlo středního vzdělání (35 %) a jeden respondent má vysokoškolské vzdělání (5 %). Z toho vyplývá, že největší % tvoří respondenti s vyučením a základním vzděláním (65 %).

3.7 Domov důchodců Rožďalovice

V měsíci červnu 2005 jsme prováděli průzkum v Domově důchodců v obci Rožďalovice. Tento domov důchodců tvoří dvě budovy: Klášter a Zámek. V budově Klášter se nachází jednolůžkové, dvoulůžkové a čtyřlůžkové pokoje. Tato budova stojí ve středu obce a je nově zrekonstruovaná. Viz níže foto č. 1.

Foto č. 1



Budova Zámek je z počátku 17. století a tvoří dominantu obce i blízkého okolí. Je památkově chráněná. Viz níže foto č. 2-3.

Foto č. 2-3



Zámecký park nabízí krásné posezení, procházky, výhled na okolí i potřebnou aktivitu při úpravách záhonků a trávníku. Zde klienti tráví volný čas a mohou zde provozovat i své záliby. Viz níže foto č. 4-5.

Foto č. 4-5



V budově Zámek se nachází 148 lůžek ve vícelůžkových pokojích. Jsou zde velké dlouhé chodby, schodiště, jídelny, vzdálená sociální zařízení. Viz níže foto č. 6-9.

Foto č. 6-9



V Domově důchodců v obci Rožďalovice bydlí klienti, kteří jsou postižení demencí, klienti s psychiatrickou diagnózou, mentálně retardovaní klienti, klienti pohybově omezení-vozičkáři a další klienti, kteří sem přicházejí s nejrůznějším chronickým onemocněním. Přicházejí ti, kteří se již nemohou o sebe postarat, jsou sami a rodina nemůže péči o svého blízkého z různých důvodů zabezpečit.

Skladba klientů na odděleních a pokojích je různá. Vznikají velké problémy a komplikace ve vztazích a soužití, která vedou k nepochopení, vzájemnému ubližování, pomluvám, hrubým nadávkám, agresivnímu chování, fyzickému násilí, zmatenosti, depresím, pláči, nevhodnému chování a až k útěkům mimo domov.

Pro člověka, který je postižen demencí, je takové prostředí zcela nevhodné a nepřátelské, bez pocitu jistoty, důvěry a bezpečí. Proto před dvěma lety na podzim roku 2003 vzniklo samostatné oddělení pro klienty postižené demencí, neboť vysvětlit orientovanému člověku chování a počínání člověka postiženého demencí bylo velice obtížné, vyčerpávající, často bez efektu. Personál velice obtížně vysvětloval chování takového člověka a často se se zlou setkával a docházelo ke slovnímu napadání a nedorozumění.

Na takto nově vzniklém oddělení se na člověka postiženého demencí pohlíží jako na individualitu. Zohledňují se jeho zájmy, zajišťují se mu potřebné služby, bezpečí, důstojnost, pochopení. Personál prosazuje jeho práva. Nabízí svým klientům smysluplné aktivity, pomoc a přátelství, klidné prožití zbývajících života. A hlavně usiluje o to, aby se zde vytvářel kvalitní vztah mezi pečovatelem a klientem.

Na tomto oddělení jsou k dispozici 2 třílůžkové, 1 pětilůžkový a 3 čtyřlůžkové pokoje. Je zde velká koupelna se sprchou a oddělené pánské a dámské toalety. Dále pak místnost pro terapie, vkusně zařízená jídelna a společenská místnost, kde mohou naši klienti za dohledu pečovatelky sledovat televizi, video nebo poslouchat hudbu. Tato místnost je vybavena pohodlnými polohovacími křesly včetně masážního lůžka, které je bohatě využíváno klienty s bolestmi zad. Pokoje jsou vymalovány pastelovými barvami a vybaveny polohovacími lůžky. Dveře jsou pak záměrně barevně odlišeny z důvodu lepší orientace klientů a jsou opatřeny štítky se jmény ubytovaných. Velkým přínosem a ulehčením pro klienty i personál je bezbariérový přístup do všech částí oddělení. Toaleta a koupelna je uzpůsobena pro možnost zajetí dovnitř i s invalidním vozíkem a tyto místnosti jsou samozřejmě vybaveny přídržovacími madly a protiskluzovou dlažbou. Viz níže foto č. 10-11.

Foto č. 10-11



O klienty tohoto oddělení pečuje 1 staniční sestra, 2 diplomované sestry, 4 sanitářky a 2 pečovatelky. V odpoledních hodinách ještě docházejí i 2 terapeutky, které jsou řádně proškoleny. Tento personál má hlavně mnoho zkušeností s prací u dementních obyvatel. Jejich kvality ještě narůstají s počtem různých informací, školení, které zkvalitňují jejich práci, dodávají jim sebevědomí, určují směr a správnost jejich postupů.

Každá pečovatelka pracuje individuálně podle předem stanoveného plánu. Klienta motivuje k činnosti, drží patronát nad určitým počtem klientů (viz přílohy č. 6,7,9,10,11).

Pečovatelky při přístupu ke klientovi nejvíce využívají vzpomínání, a to při veškerých denních činnostech, doplněné o oční kontakt, příjemný dotek, laskavý tón hlasu a úsměv. Klidným a příjemným hovorem se tak buduje důvěra mezi pečovatelkou a člověkem postiženým demencí. Při kvalitním vztahu mezi klientem a pečovatelkou se tak daleko snadněji řeší problémy, které vyvstávají s postupující demencí. Člověk postižený demencí po takovém individuálním přístupu jenom rozkvetne, projasní se mu oči a pozná zájem o svou osobu. Poté je klidnější a spokojenější. Obyvatelé tohoto domova důchodců také velice rádi cvičí a zpívají. Dokáží si vzpomenout na velice staré písně až o několika slokách. Často je jim dopřáván obyčejný zpěv, hudba a jednoduché cvičení při každé možné příležitosti. Tyto činnosti provozují nejvíce v obývacím pokoji. Viz níže foto č. 12-15.

Foto č. 12-15



Pečovatelky s klienty pravidelně provádějí veškeré dostupné testy. Tyto testy také následně vyhodnocují, zařazují do souboru vyšetření klienta a poté i konzultují s primářkou geriatrického oddělení nemocnice v Městci Králové, která zdejší domov důchodců navštěvuje pravidelně jedenkrát do měsíce a řeší zdravotní problémy klientů. Prochází jednotlivě jejich zdravotní karty, upravuje výběr léků, provádí různá vyšetření. Zjišťuje tak jejich současný zdravotní stav. Všechny tyto údaje i diagnóza od lékaře se pravidelně zaznamenávají v příjmovém protokolu. Dále domov důchodců má navázanou spolupráci s odbornými lékaři: neurologem, psychiatrem, psychologem (viz příloha č. 4,5,8)

Pečovatelé při péči o klienta postiženého demencí dbají také na řádné stravování. Pro klienty postižené demencí je jedna z nejdůležitějších věcí dobře se najíst, uspokojit tak jednu ze základních potřeb každého člověka. Klienti při výběru většinou upřednostňují jídla sladká nebo ta, na která byli zvyklí. Pečovatelé motivují klienty postižené demencí k samostatnosti. Snaží se u nich co nejvíce dodržet zachovalé stravovací návyky, nespěchají.

Klienti na tomto oddělení jedí lžící, ale i rukama.

Zajištění dostatečných pomůcek pro inkontinenci, pravidelné upozorňování na návštěvu toalety, povzbuzování, pochvala vede k zachování osobnosti člověka, k snížení depresí, stresujících faktorů. Vše tak probíhá v naprostém klidu a pohodě.

Pečovatelé se také snaží klienta zapojovat do obyčejných pracovních aktivit denní činnosti:

- aktivita při základní sebeobsluze: oblékání, osobní hygiena, pomoc při úpravě lůžka, holení, mytí stolečků, zametání, zalévání květin, skládání prádla
- zpěv a hudba při každé příležitosti
- četba, prohlížení fotografií, časopisů
- aktivita společně s terapeuty: ochutnávky, čaj, káva, různé dovednosti s různými materiály, paměťová cvičení, rytmická cvičení spojená s hudbou a zpěvem, procházky, výlety

Veškerá tato činnost nesmí vést k neúspěchu, vždy musí být každý účastník kladně hodnocen, pochválen, individuálně zapojován do činností. Při těchto činnostech se musí cítit dobře, mít jistotu a pocit, že je ještě k něčemu užitečný.

3.7.1 Režim v domově důchodců

Ráno na 7. hodinu přichází nový personál do služby. Následuje předání služby. Zaměstnanci si poví, jaký měl kdo z obyvatel problém. Informují se o zdravotním stavu klientů.

V 7.30 hodin jsou již zpravidla všichni klienti tohoto oddělení vzhůru. Někteří samozřejmě vstávají dříve. Personál klientům pomůže s hygienou, doprovodem na WC a oblečením. Poté všichni odcházejí do jídelny na společnou snídani a rozdělení léků. Vše probíhá bez stresování, v klidu, s úsměvem.

Po snídani někteří klienti pomáhají personálu sebrat talířky, hrnečky a odváží je do kuchyňky k umytí. Poté zpravidla následují procházky, rozhovory, poslech hudby a společný zpěv. Klienti rádi a často vyprávějí o svém životě, jak to bylo za jejich mládí, dětství, a o současné rodině. Při hezkém počasí se jde do zahrad, při špatném počasí do společenské místnosti označené obývací. (Viz foto č. 12-15). Zde obzvláště ženy rády sledují v televizi filmy pro pamětníky a pohádky. Pánové dávají přednost sportovním zápasům, automobilovým a motocyklovým závodům. Někteří z klientů v této dopolední době chodí na různé rehabilitace. (Viz níže foto č. 16-17).

Během těchto aktivit klientů personál převléká lůžka, třídí a rozváží prádlo klientů. Takto uběhne dopolední čas a přichází oběd. Výběr je ze dvou jídel, který personál s klienty

konzultuje předchozího dne. Na základě individuálního přístupu personál ví, co kterému z klientů chutná, co má rád. Při obědě se opět rozdávají léky a potom si jdou klienti zpravidla odpočinout. Někdo si jde lehnout, někdo jen tak poklimbává v křesle. (Viz níže foto č. 19-20). V 13.30 hodin přicházejí terapeuti a vezmou všechny klienty do místnosti obýváku na terapii, případně i ven na zahradu, když je pěkné počasí. Odpolední čas je také dobou kávy, na kterou se všichni těší. Ke kávě se vždy podává něco sladkého, sušenky nebo upečený koláč, štrúdl či bábovka. Poté se věnují jiným zájmům, jako je např. malování obrázků, dělají se koláže, barví se sádrové odlitky – prostě něco tvoří. (Viz níže foto č. 18). Ženy si zase rády zazpívají, jiní si prohlízejí knížky, časopisy. Čas od času si zacvičí, aby si protáhli své tělo při lehkém cvičení. Mnozí z nich se přitom rozhovoří. Někdy jim i terapeut předčítá z knížky, neboť žádný z klientů už nedokáže číst.

Foto č. 16-17



Foto č. 18



Foto č. 19-20



Při řízeném rozhovoru s respondenty bylo zjištěno, že ve stáří není příliš důležité, jak byl kdo vzdělaný a jakou práci vykonával, ale důležité je především zdraví jednotlivců a jejich tělesná a psychická pohoda zejména pro aktivní trávení volného času.

Většina našich respondentů měla pouze nižší vzdělání - vyučení 45 % a základní 15 %. Jejich hlavním důvodem, proč nedosáhli vyššího vzdělání, bylo to, že se narodili ještě v době války a následně byla pak i bída v jejich rodině. Tyto okolnosti je nutily si co nejdříve vydělávat a pomoci tak finančně své rodině.

Většina z oslovených respondentů (65 %) je starší 80 let a demence je u nich často již ve 3. stadiu, kdy většina z nich neví, kolik je hodin, co je za den, kde se právě nacházejí. Často je omezená i komunikace. Verbálnímu sdělení nerozumí. Ztrácí běžné dovednosti, nekontrolují již své vyměšování. Jsou zde projevy úplné inkontinence. Všichni jsou odkázáni na péči personálu. Žádný z nich by se nebyl schopen postarat sám o sebe. Projevuje se u nich i deprese a úzkost. Bojí se nových věcí. Nechtějí se dobrovolně přizpůsobit danému režimu v domově důchodců. Všichni jsou trestně odpovědní. Nikdo z nich jí nebyl zbaven, i když nejsou schopni rozhodovat o závažných ani běžných věcech. A zbavení trestní odpovědnosti je v našem státě velice složité a protahující. Ke zbavení trestní odpovědnosti by museli dát podnět příbuzní nebo ředitelka domova důchodců. Doposud tak nebylo u žádného klienta v tomto zařízení učiněno.

3.7.2 Kazuistika čtyř klientů domova důchodců Rožďalovice

Paní H.H.

Narodila se roku 1922 na Slovensku. Vyučila se švadlenou a vdala se v Praze. Narodily se jí 3 děti, dcera a syn, třetí dítě zemřelo ve věku jednoho roku. Před odchodem do důchodu pracovala jako uklízečka ve Škodovce. Paní H.H. je rozvedená, její manžel byl alkoholik.

Před přijetím do Domova důchodců v obci Rožďalovice bydlela v jiném domově důchodců, kde nebylo oddělení pro klienty s demencí. Z tohoto zařízení utíkala, bloudila po ulicích a nemohla najít cestu zpět. Jednou při takovém útěku si způsobila i zlomeninu ruky a poté si opakovaně poničila sádku. Vyhrožovala, že vyskočí z okna, a proto byla hospitalizována v Kosmonosech, v zařízení pro duševně nemocné. V roce 2003 byla přijata na zdejší oddělení pro seniory s demencí.

Dle lékařské zprávy má demenci těžkého stupně s degenerativní převahou, diabetes melitus na dietě, chronickou bronchitidu, hypertenzi, anginu pectoris a je částečně inkontinentní.

Paní H.H. je dezorientována časem i prostorem. Chce jít domů, a není-li jí vyhověno, je agresivní, nadává personálu, používá vulgární slova, plive a je schopna i fyzicky napadnout spolubydlící i personál. Žádné vysvětlení nepřijímá.

S pomocí pečujících provede osobní hygienu, svlékne se, učeše se, nají se a vezme si léky. S doprovodem personálu si dojde na toaletu. Sama ji nenajde.

K projevům agrese většinou dochází, když má klientka hlad nebo když má dojem, že si jí nikdo nevšímá. Jinak je úsměvavá, příjemná a je nadšená, když jí někdo pochválí šaty nebo jak hezky vypadá.

Paní H.H. se účastní aktivit s ostatními klienty, poslouchá hudbu, ráda zpívá, prochází se se spolubydlící, pracuje s terapeuty, poslouchá četbu, pomáhá s utíráním nádobí.

Paní H.H. navštěvuje asi jednou za měsíc její dcera s vnučkou.

Dříve paní H.H. často utíkala z domova důchodců, dnes nazývá svým domovem svůj pokoj.

Paní M.U.

Paní M.U. se narodila roku 1919 na Moravě jako druhé dítě. Měla o dva roky starší sestru, která zemřela v roce 2002. Na Moravě prožila své dětství, vychodila základní školu a vyučila se tkadlenou. V dětství jí zemřela matka a otec se znovu oženil. V tomto manželství se narodil bratr, který byl o 11 let mladší a zemřel v roce 1991.

První manžel paní M.U. sloužil u finanční stráže, ale brzy zemřel. Spolu neměli žádné děti.

Znovu se vdala roku 1943 a o rok později se jim narodila dcera, která během bombardování při ukrývání se v krytech nastydla a v roce 1945 zemřela na zápal plic. Po válce se manželé odstěhovali do pohraničí do Děčína, kde se jim v roce 1946 narodila dcera. V roce 1950 se rodina přestěhovala na samotu u Kladna. Žili v domě bez vody i elektřiny. Zde se jim také v roce 1952 narodil syn. Protože tu byl život velice těžký, rodina se později přestěhovala do Prahy do pronájmu. V této době paní M.U. těžce onemocněla, proležela dva měsíce v nemocnici a půl roku v sanatoriu Prosečnice. Manžel byl na ni i děti velice přísný a arogantní. Velice ji zaměstnával, že neměla čas na koníčky ani společenský život. Měla dovoleno se starat pouze o rodinu a zaměstnání. Pracovala jako úřednice v kanceláři.

Dcera se vdala a nyní žije v Hamburku. Syn se také oženil, ale po roce 1990 tragicky zahynul při autonehodě. Manžel zemřel krátce po synovi.

Paní M.U. žila sama v Praze ve svém bytě, kde se o ni starala vnučka. V roce 2004 byla paní M.U. přijata do zdejšího zařízení, neboť vnučka již nezvládala celodenní péči.

Paní M.U. má dle lékařské zprávy demenci středního stupně s poruchami chování, nespavostí, trpí depresemi, Parkinsonem, ischemickou chorobou srdeční, artrosou nosných kloubů, inkontinencí III. stupně. Klientka je ubytována na čtyřlůžkovém pokoji hned vedle toalet, neboť se pohybuje pomocí rolátoru.

Paní M.U. s pomocí personálu provede osobní hygienu a oblékne se, sama se učeše, nají, dojde si na toaletu. Je částečně dezorientována časem a prostorem. Je nutné jí občas připomenout, kde jsou toalety nebo jídelna. Má-li nějaký problém, plně se mu věnuje, například vyprazdňování – je schopna několikrát po sobě jít na toaletu, a to i během noci.

Klientka je jinak příjemná, tichá, klidná. Účastní se aktivit s ostatními klienty. Ráda se dívá na televizi, vypravuje si u kávy, prohlíží si časopisy, zapojuje se s terapeuty do různých činností.

Každý týden má návštěvu - dcera, snacha a vnoučata.

Pan R.B.

Pan R.B. se narodil roku 1935 v Praze. Je otcem dvou dcer, rozvedený, žil spolu s otcem. Nikdo z rodiny jej nenavštěvuje, ani s ním neudrhuje žádné jiné styky již řadu let. Před umístěním do zdejšího zařízení byl hospitalizován v Kosmonosech s diagnózou Korsakova psychóza. Jeho matka byla v 75 letech zbavena svéprávnosti pro demenci.

Vystudoval střední průmyslovou školu. Z politických důvodů byl vyloučen z vojenské akademie, kde pracoval jako důstojník vojenského letectva. Později pracoval jako řidič. Trvale a hodně pil, kouřil, což je patrné na jeho fyzickém i duševním zdraví.

V lékařské zprávě má psanou Hepatopatii, cévní potíže a přes delirium se vyvinula Korsakova psychóza a vytvořily se organické změny centrální nervové soustavy. V domově důchodců žije již 10 let. Na zdejší oddělení pro klienty s demencí je od jeho otevření od roku 2003.

V zařízení vyžaduje pomoc, hodně péče a pozornosti. Je pasivní, zpohodlnělý. Ztratil veškeré hygienické návyky. Personál mu musí pomáhat s mytím, připomínat WC, kde má svůj pokoj a lůžko.

V kontaktu je pasivní, vyjadřuje se obtížně. Má problémy s artikulací, s hledáním nových slov. K odpovědím je ho nutné podněcovat, povzbuzovat, mít s ním trpělivost. Spontánně nemluví, jen odpovídá jednoslovně, chudě, často odpovídá nesprávně. Při kontaktu bez stimulace a podněcování často upadá do apatie. Nejlepším stimulem pro něho je dobré jídlo. Velice rád jí banány, sladkosti. Nejraději má buchty.

Často si plete lůžka i pokoje. Ulehne na cizí lůžko, podívá se do stolečku, a pokud je zde něco dobrého, tak to sní. Při dezorientaci často bloudí po chodbě, má taštičku s holením, dvoje hodinky na ruce, sušenky a hledá babičku.

Na klidné slovo, dotek reaguje pozitivně s náznakem úsměvu. Nadále však neklidně přechází. Po celou dobu na tomto oddělení abstinuje, nekouří.

Pan J.N.

Narodil se v roce 1925. Jde o velice pasivního klienta. Většinu svého života prožil u Dvora Králové. Měl dva sourozence. Pracoval jako mistr v jedné továrně. Choval králíky, holuby, slepice a jezdil s nimi po výstavách. Pěstoval rybičky, rád pracoval na zahrádce. Byl ženatý a měl 3 děti.

Pan J.N. je inkontinetní. Při oblékání a hygieně potřebuje pomoc personálu, kterou i vyžaduje. Je dezorientován v čase i prostoru. Velmi rád spí. Není příliš společenský. Prochází se sám po chodbě. Je konfliktní, používá vulgární slova. Do aktivit se nezapojuje, není mu to příjemné.

3.8 Zmapování sociálních zařízení pro lidi s poruchami centrální nervové soustavy žijící v naší společnosti na okrese Nymburk

3.8.1 Pečovatelská služba v nymburském regionu je rozdělena do čtyř středisek:

- Poděbrady
- Nymburk
- Lysá n.L.
- Městec Králové

V každém středisku je umístěna základna, která je technicky, materiálně a personálně vybavena tak, aby pružně zajistila jak sociální, tak i zdravotní služby v potřebném rozsahu. Všechny základny mají vlastní středisko osobní hygieny, které poskytuje služby také pro občany s omezenou pohyblivostí. Doprava osob je zajištěna sanitními a osobními vozy.

Centrum sociálních a zdravotních služeb nymburského regionu je terénní zařízení, které poskytuje služby sociální a zároveň služby zdravotní pro obyvatele bývalého okresu Nymburk. Snahou této organizace je, aby každý občan měl možnost co nejdéle setrvat ve svém domácím přirozeném prostředí. Sociální služby jsou poskytovány 7 dnů v týdnu, zdravotní služby 7 dnů v týdnu po 24 hodin denně. V současné době centrum eviduje 1200 klientů převážně ve věku od 65 let, disponuje po personální stránce s 50 stálými pracovníky, 80 dobrovolnými pracovníky.

Centrum sociálních a zdravotních služeb poskytuje pečovatelskou službu, domácí zdravotní péči a půjčování zdravotních pomůcek.

3.8.2 Jednotlivá sociální zařízení v nymburském regionu

Obec Nymburk

- dětský domov
- zvláštní a pomocná škola
- pečovatelská služba
- terénní pečovatelská služba
- penzion pro důchodce
- dům s pečovatelskou službou

Obec Rožďalovice

- domov důchodců

Obec Poděbrady

- pečovatelská služba
- dům s pečovatelskou službou
- domov důchodců
- denní stacionář a chráněná dílna Handicap centra Srdce pro mentálně postižené
- denní stacionář pro důchodce

Obec Sány, Pátek, Kluk, Libice nad Cidlinou

- denní stacionář pro důchodce

Obec Chotěšice

- ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež

Obec Sadská

- sanatorium pro klienty s poruchami centrální nervové soustavy

Obec Lysá nad Labem

- domov důchodců
- pečovatelská služba
- dům s pečovatelskou službou
- denní stacionář pro důchodce

Obec Milovice

- dětský domov
- ústav sociální péče pro mentálně a tělesně postižené
- dům s pečovatelskou službou

Obec Městec Králové

- pečovatelská služba
- penzion pro důchodce
- dům s pečovatelskou službou
- léčebna pro dlouhodobě nemocné

(viz příloha č. 3)

3.9 Shrnutí výsledků praktické části

Praktická část byla zpracována na základě řízeného rozhovoru, dotazníku a pozorování.

V první části dotazníku jsou podchycena tzv. tvrdá data a druhá část se pak dotýká samotného průzkumu. Tato část je z dotazníku pro nás hlavní. Vyhodnocením této části jsou ověřovány stanovené předpoklady.

Z výsledků dotazníku můžeme konstatovat, že v Domově důchodců v Rožďalovicích na specializovaném oddělení pro klienty postižené demencí žije 15 % mužů a 85 % žen. Z toho žádný není ve věku méně jak 60 let a žádný není ve věku 60-65 let. 15 % z dotazovaných je ve věku 65-70 let, 20 % ve věku 70-80 let a 65 % ve věku starších 80 let. Z 20 dotazovaných respondentů v Domově důchodců Rožďalovice žije méně jak 25 % jeden rok, 35 % méně jak 5 let a 40 % více jak 5 let. Respondenti si toto zařízení v 20 % vybrali sami, 75 % rodina a 5 % na doporučení někoho. Z těchto dotazovaných nemá nikdo svoji rodinu v místě domova důchodců, 70 % má rodinu vzdálenou do 50 km a 30 % do 100 km. Z toho vyplývá, že rodiny většiny klientů se nacházejí do vzdálenosti 50 km. V dotazníku byla též položena otázka na nejvyšší vzdělání respondentů, kdy z 20 dotazovaných odpovědělo všech dvacet. 15 % sdělilo, že měli pouze základní vzdělání, 35 % střední, 45 % bylo vyučených a 5 % získalo vysokoškolské vzdělání. Z toho vyplývá, že největší % tvoří respondenti s vyučením. Dále respondenti na téma svého vzdělání odpovídali, že důvodem, proč nedosáhli vyššího vzdělání, byla bída v rodině. Tyto okolnosti je tedy nutily co nejdříve nastoupit do práce a pomoci tak rodině finanční podporou. Na otázku k jejich poslednímu zaměstnání před odchodem do důchodu odpověděli respondenti takto: 15 % pracovníků v zemědělství, 5 % automechaniků, 5 % pracovníků v armádě, 10 % švadlen, 15 % prodavaček, 25 % úřednic, 5 % učitelek MŠ a 5 % učitelek ZŠ, 5 % pedikérek, 5 % leteckých techniků a 5 % uklízeček. 95 % klientů z domova má návštěvy, navštěvují je příbuzní, rodina a jejich nejbližší, z 85 % rodina – dcery, synové, vnoučata, 5 % přátelé, 5 % manžel. 5 % nemá návštěvy, nikdo je nenavštěvuje. Jednalo se o ženu, které je přes 88 let. Neměla žádné sourozence, neměla ani děti. Manžel jí zemřel a z příbuzných již také nikdo nežije. 25 % z respondentů by si přálo návštěvu častěji, 30 % říká, že má návštěvy často, 20 % nedokáže odpovědět, 25 % je to lhostejné. Většina z dotazovaných respondentů, klientů speciálního oddělení Domova důchodců Rožďalovice (80 %), od vstupu do tohoto zařízení neopustila brány se svými příbuznými, rodinou, přáteli, žijí stále v prostorách domova důchodců. 20 % klientů domova důchodců odjíždí během svého pobytu mimo domov se svými příbuznými, k nim domů či na procházku mimo brány domova. Na otázku, co je na stáří hezké, nikdo z dotazovaných neuvedl, že má dost času na své

záliby, nikdo rovněž nesdělil, že je hezká ohleduplnost od ostatních. 20 % uvedlo, že vidí klad v tom, že má pravidelný režim, 40 % na stáří nevidí nic hezkého a 40 % klientů se nedovedlo vůbec vyjádřit vzhledem k pokročilému stádiu demence. Na stáří se jim nelíbí nemoci (35 %), nemohoucnost (10 %), zapomínání (5 %) a 50 % se není schopno již vůbec vyjádřit. Jejich koníčky před odchodem do domova důchodců byly různé - 25 % kutilství a zahrádka, 5 % motorky a auta, 5 % myslivost, 10 % četba, 10 % zpěv, 15 % cestování, 5 % letectví, 20 % domácnost – vaření, pečení a ruční práce, 5 % nemělo koníčka žádného. Na otázku, jak využívají klienti svůj volný čas v domově důchodců, odpovědělo všech 20 respondentů, a to opět za pomoci vrchní sestry uvedeného oddělení. 35 % využívá volného času tak, že chodí na vycházky pořádané domovem důchodců do blízkého okolí spojené s cestováním a cvičením ve volné přírodě. 25 % má rádo kulturu ve formě návštěv divadel, místního kina a často se dívá na pořady v televizi. Muži sledují sportovní utkání, hlavně fotbal a hokej. Všichni rádi sledují večerníčka a pohádky. Nikdo z klientů se nezabývá ručními pracemi. 15 % rádo pracuje na zahrádce, vytrhává plevel, okopává květiny. Kulturním se v současné době již také nikdo nezaobírá. 25 % klientů z tohoto oddělení se ve volném čase do ničeho nezapojuje, ve volném čase jenom sedí a spí. Z toho je jeden upoután na vozík, neboť nemůže chodit a je úplně slepý. 20 % v domově důchodců je nejraději samo, 25 % ve společnosti ostatních. 45 % je někdy rádo samo a někdy s druhými. 10 % se nedokáže vyjádřit. 30 % uvádí, že má ve zdejších domově důchodců přátele a 70 % uvádí, že zde žádné nemá. 70 % se cítí v domově důchodců dobře, 10 % špatně, 20 % to nedovede posoudit. 65 % respondentů z dotazovaných je spokojeno se službami poskytovanými zdejším domovem důchodců. Jeden z respondentů je nespokojený, nelíbí se mu režim, nechce ráno vstávat, sám jíst, nejraději by ležel v posteli a spal. Je i agresivní vůči personálu a ostatním zdejším klientům. Krade jídlo, věci po budově a hází je do toalety. 30 % respondentů se nedokáže vyjádřit. 40 % se cítí být v domově důchodců jako doma a 60 % jako v ústavním léčení. Důvodem nástupu do domova důchodců byla v 45 % nemoc, v 5 % sociální důvody a v 50 % nesoběstačnost, bezmocnost. 50 % žilo samo, 15 % s manželem, 5 % s manželem a dětmi a 30 % s dětmi. Z toho 35 % žilo na vesnici, 55 % ve městě a 10 % na samotě. Z toho vyplývá, že hlavním důvodem umístění do domova důchodců bylo to, že sami klienti se již nebyli schopni o sebe postarat vzhledem ke svému pokročilému stádiu nemoci a rodina se též nemohla o svého příbuzného postarat.

4 Závěr

Ohlédneme-li se do minulosti, zjistíme, že jedinci nemocní organickým postižením centrální nervové soustavy stáli vždy na okraji společnosti. Jejich postižení bylo považováno v horším případě za posedlost člověka zlým duchem, v lepší variantě byli zařazováni do poměrně početné skupiny tzv. duševně nemocných. Zmínky o lidech s organickým postižením centrální nervové soustavy se vyskytují ve všech epochách a všech kulturách lidstva. Mezi léčebné prostředky a metody pro léčbu těchto postižených jedinců často patřila rituální zařikávací vymýtající ďábla či zlého ducha nebo víra v zázračnou moc amuletů a talismanů. Takto nemocní znamenali společenskou hanbu, nikoli pouze lidské neštěstí a byli často izolováni mimo společnost.

Počátkem 20. století začaly převažovat názory, že jedinci s organickým postižením centrální nervové soustavy jsou doživotně společensky nepostačující, jsou trvale závislí na pomoci druhých lidí. Až po 2. světové válce došlo k relativnímu zlepšení v celkovém postoji k postiženým lidem. V současné době se ještě stále setkáváme s nepochopením a s nepřátelským postojem společnosti k lidem s organickým postižením centrální nervové soustavy. Někteří lidé v naší společnosti mají stále odtažitý a neosobní přístup k takto postiženým jedincům a bude jim ještě nějakou dobu trvat, než si zvyknou, že tyto postižení jedinci jsou přirozenou součástí života a že mají stejné potřeby a práva jako zdravý člověk.

Ústavní péče patřila donedávna k nejpalčivějším problémům naší sociální politiky. Byly nevyhovující technické a materiální podmínky, nedostatek kvalifikace personálu. Pomoc byla na velmi nízké úrovni. V současné době je situace mnohem příznivější. Začala se rozrůstat síť speciálních zařízení. Snahu o zlepšení potvrzuje i hlavní cíl sociální politiky v oblasti ústavní péče, který si klade za úkol transformaci velkých ústavů sociální péče na modernější formy trvalé péče. V současné době se v naší republice také setkáváme s mnoha inovovanými ústavními zařízeními, která jsou nově postavena nebo zrekonstruována. Hlavní překážku však tvoří nedostatek peněz k přestavbě nevyhovujících prostor a k zaplacení kvalifikovaných zaměstnanců.

Na základě zmapování sociálních zařízení v našem nymburském regionu by se někomu mohlo zdát, že je zde dostatek těchto zařízení pro jedince s organickým postižením centrální nervové soustavy, ale opak je pravdou. Tato zařízení mají často malou kapacitu a jsou nevyhovující. Hlavní překážkou je nedostatek peněz na rekonstrukci a modernizaci zařízení.

Tato problematika je také často preferována nejen v odborné literatuře, ale píše se o ní i v běžném tisku, objevuje se v televizních pořadech (např. v pravidelném čase v pátek na ČT 1 ve 12,30 hodin „Barvy života“ a v sobotu na ČT 2 v 8,30 hodin „Klíč“).

„Stáří je symbol potíží a žalu. Stáří přináší zlobu a utrpení. Ti, které Bohové milují, umírají mladí“ (Euripides)

„Stáří je nevyléčitelná nemoc“ (Seneca)

Primitivní národy si svých starých členů váží a pěkně se k nim chovají. V afrických společnostech přijímají lidé stáří s půvabem. Jsou blíže k duchům než mladí a budou hledat pomstu po smrti, pokud nejsou respektováni na zemi. Mezi australskými domorodci slovo starý je synonymem pro velký.

Mezi výhody stáří patří fakt, že staří jsou nejposlušnější společenskou skupinou, která dodržuje zákony. Staří občané se rovněž aktivně podílí na veřejném životě. Také statistiky dokazují, že staří mají menší pravděpodobnost stát se obětí kriminálních činů a méně páchají trestnou činnost.

Stárnutí je doprovázeno fyziologickými změnami. Častá jsou postižení smyslových orgánů a lokomočního aparátu. Vnímání se zhoršuje. Typické změny prodělává se stárnutím lidský hlas, tempo řeči se snižuje v rámci celkového zpomalení psychomotoriky. Prodlužuje se reakční doba, objevuje se opakování slov i nápadů. Stížnosti na poruchy paměti jsou pro starší pacienty typické. Zhoršování s věkem se daleko více týká výbavnosti paměti než znovupoznání. Oblast zájmů se zužuje, stoupá egocentričnost a klesá schopnost odpovídat na podněty z okolí. Také je častá labilita nálady nebo apatie. Nechuť ke změnám, k čemukoli novému.

Problém demence a poruch paměti se stal základem bakalářské práce. Projekt byl zaměřen na život lidí v domově důchodců v obci Rožďalovice.

Jde o téma převážně spojené s vyšším věkem a problematikou stárnutí vůbec, i když se ojediněle objeví i u populace mladší 45 let. Evropská populace stárne. Přináší to širokou škálu problémů. I pro českou populaci lze podle některých demografických prognóz do r. 2020 očekávat zvýšení počtu osob ve věku nad 65 let. Podle světových statistik trpí demencí u osob ve věku 65-75 let 5 až 7 % a nad 85 let věku již 20 %.

Musíme v budoucnu počítat s výrazným zvýšením absolutních i relativních počtů dementních pacientů. Tento fakt dokládá publikace manželů Hrdličkových. Na základě jejich výzkumu bylo zjištěno, že lidé s nižším dosaženým vzděláním jsou ve vyšším věku častěji postiženi demencí než lidé s vyšším vzděláním. Také u lidí s vyšším vzděláním se objevuje např. Alzheimerova demence méně často. Toto bylo i potvrzeno v dotazníku, tabulce a grafu č. 6., z čehož je patrné, že největší % tvoří respondenti s vyučením a základním vzděláním (65 %).

Podle statistik v našem státě bylo zjištěno, že je vysoký výskyt demence u starších klientů sociální péče (až každý třetí klient domácí péče a polovina obyvatel domova důchodců a ošetrovatelských ústavů trpí demencí). 7-10 % populace nad 65 let je postiženo demencí. 12-15 % starších pacientů je hospitalizováno na nepsychiatrických akutních odděleních. 50 % pacientů LDN a klientů ošetrovatelských ústavů a domovů důchodců – demence je nejčastějším důvodem pro umístění. V ČR trpí klinicky závažnější demencí 100 000 klientů. Lehčí a počínající demencí trpí 150 000 až 200 000 klientů (většinou nediagnostikovaných). Ročně přibude 1-2 % osob starších 65 let, tj. asi 13 000 až 26 000 nových případů. Ročně narůstá kolem 3 % postižených.

Stanovení diagnózy a podrobnější vyšetření je v kompetenci lékaře nebo specialisty v oboru geriatric, psychiatic nebo neurologie.

I když demenci nelze vyléčit, můžeme pro klienty mnohé udělat. Existují způsoby, např. farmaceutické, které mírně omezují rozvoj úzkosti a dezorientace a předcházejí dalšímu zhoršování paměti, takže klientovi co nejvíce napomáhají používat mozek. Pacient by měl číst s pečovatelem noviny a potom si o přečteném textu povídat. Měl by luštit křížovky a hrát pexeso, aby se namáhala jeho paměť.

Ti, kdo s takto postiženými lidmi žijí nebo pracují, zasluhují úctu, neboť jde o práci náročnou a vyčerpávající. Tato péče stojí mnoho emočních a fyzických sil.

Přínosem této práce je fakt, že jsme se zabývali problematikou, která v naší společnosti není příliš známá. Velmi málo mladých lidí se v dnešní době zajímá o problematiku takto postižených lidí, o jejich pocity a o způsob jejich života. Mnohdy majoritní společnost nemá konkrétní představu, jaké mají tito postižení klienti v naší době životní podmínky.

„Dvacáté století prodloužilo výrazně délku lidského života a stalo se stoletím starých lidí. Alzheimerova nemoc a jiné demence se ukazují jako závažný zdravotně-sociální problém. Donedávna však byli zdravotníci jen trpnými pozorovateli osudu dementních pacientů, aniž by jim mohli nějak pomoci. Teprve v 90. letech dostala medicína do rukou nové léky, které dokážou zpomalit progresi demence. Tato klíčová událost se dá srovnat s pokrokem, jaký počátkem 50. let přinesl objev neuroleptik pro léčbu schizofrenie. Řada aspektů nové léčby demencí je dosud nedoceněna.“ (úryvek ze zadní strany knihy „Demence“ - Hrdlička, Hrdličková, 1999)

5 Seznam použité literatury

1. BENTLEY, Vicci. *Atraktivní a svěží*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1998. ISBN 80-7176 – 833-2
2. DESSAINTOVÁ, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6
3. GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990. ISBN 80-7033-040-6
4. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
5. HOCMAN, Gabriel. *Stárnutí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.
6. HOVORKA, Jaroslav. *Cesta do stáří*. 3. vyd. Praha: Práce, 1986.
7. HRDLÍČKA, Michal, HRDLÍČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha 7: Grada, 1999. ISBN 80-7169-797-4
8. KLÍMOVÁ-FÜGNEROVÁ, Mirka. *Umění nestárnout*. 1. vyd. Praha: Práce, 1970.
9. KÜNZEL, Dolf. *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha 1: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0000-8
10. MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
11. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství a vydavatelství H&H, 1992. ISBN 80-85467-52-6
12. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha 2: Academia věd České republiky, 1997. ISBN 80-200-0625-7
13. PONDĚLÍČEK, Ivo. *Stárnutí: osobnost a sexualita*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1987.
14. ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha 7: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-00-1
15. ŠVARCOVÁ, Iva. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 1. vyd. Praha 5: Septima, 1994. ISBN 80-85801-27-2
16. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-571-1
17. ŠVINGALOVÁ, Dana, PEŠATOVÁ Ilona. *Přehled současných sociální služeb*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-754-3
18. ŠVINGALOVÁ, Dana, PEŠATOVÁ Ilona. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-752-7

19. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-702-0
20. RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha 5: Galén, Praha 1: Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8 ISBN 80-246-0390-X
21. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha 7: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9

Sborníky a články z odborných časopisů

22. HOLMEROVÁ, Iva. *Charty seniorů a chronicky nemocných*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2001. ISBN 80-86541-01-0
23. HOLMEROVÁ, Iva. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2002. ISBN 80-86541-06-1
24. HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, NIKLOVÁ, Dagmar. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 1997.
25. HOLMEROVÁ, Iva, FRANTA, Jan. *Gerontologické aktuality 4/2001*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2001. ISSN 1213-4074
26. HOLMEROVÁ, Iva, FRANTA, Jan. *Gerontologické aktuality 4/2002*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2002. ISSN 1213-4074
27. HOLMEROVÁ, Iva, FRANTA, Jan. *Gerontologické aktuality 1/2003 - zdravé stárnutí*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-09-6
28. KOBĚRSKÁ, Petra a kol. *Společnou cestou – Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-981-X
29. *Podpůrné skupiny rodinných pečovatelů*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 1998.

6 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník (viz text str. 34)

Příloha č. 2: Tabulky (viz text str. 35)

Příloha č. 3: Mapa nymburského regionu (viz text str. 62)

Příloha č. 4: Žádost o umístění do ústavu sociální péče pro dospělé občany (viz text str. 54)

Příloha č. 5: Vyjádření lékaře (viz text str. 54)

Příloha č. 6: Týdenní program aktivit s klienty DD Rožďalovice (viz text str. 53)

Příloha č. 7: ABECEDA (viz text str. 53)

Příloha č. 8: Karta klienta domova důchodců (viz text str. 54)

Příloha č. 9: Základní zásady komunikace s klientem s demencí (viz text str. 53)

Příloha č. 10: Testy sloužící k určení stupně demence (viz text str. 53)

Příloha č. 11: Testovník – soubor testů pro gerontologii (viz text str. 53)

Příloha č. 12: CD

Dotazník

1. Pohlaví

☐ Muž

☐ Žena

2. Kolik Vám je let

☐ < 60

☐ 60 -65

☐ 65-70

☐ 70-80

☐ > 80

3. Jak dlouho žijete v zařízení

☐ méně jak 1 rok

☐ méně jak 5 let

☐ více jak 5 let

4. Toto zařízení

☐ jsem si vybral sám

☐ rodina

☐ někdo mi jej doporučil

5. Jak daleko žije Vaše rodina

☐ v místě

☐ do 50 km

☐ do 100 km

6. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

☐ základní

☐ střední

☐ vyučení

☐ vysokoškolské

7. Vaše poslední zaměstnání, než jste odešel do důchodu

8. Navštěvuje Vás někdo

☐ ano

☐ ne

9. Pokud ano, kdo

10.

- ☐ návštěvu bych si přál častěji
- ☐ často mě navštěvují
- ☐ o návštěvy nestojím
- ☐ o návštěvy nemá zájem má rodina
- ☐ nedokáže odpovědět
- ☐ je mu to jedno

11. Odjíždíte během pobytu ke své rodině, či příbuzným

- ☐ ano ☐ ne

12. Co si myslíte, že je na Vašem stáří to hezké

- ☐ mám dost času na své záliby
- ☐ ostatní jsou ke mně ohleduplní
- ☐ mám pravidelný režim
- ☐ na stáří nevidím nic hezkého
- ☐ nedokáže odpovědět

13. Co se Vám na stáří nelíbí

14. Jaké končíčky jste měl, než jste odešel do domova důchodců

15. Jakým způsobem využíváte volného času, který Vám nabízí v domově důchodců

- ☐ vycházky, cestování, cvičení
- ☐ kultura (divadlo, kino, TV)
- ☐ ruční práce
- ☐ zahrádka
- ☐ kutilství
- ☐ nezapojuje se

16. V domově důchodců jste raději

- ☐ sám
- ☐ ve společnosti druhých klientů
- ☐ někdy sám, někdy s druhými
- ☐ nedokáže se vyjádřit

17. Máte zde přátelé

- ☐ ano ☐ ne

18. Jak se cítíte v domově důchodců

- ☐ dobře
- ☐ špatně
- ☐ nedovede posoudit

19. Jste spokojen s poskytovanými službami v domově důchodců

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nedokáže se vyjádřit

20. Považujete toto zařízení za více

- ☐ domácí
- ☐ ústavní

21. Jaký byl Váš důvod nástupu do domova důchodců

..

- ☐ nemoc
- ☐ sociální důvody
- ☐ nesoběstačnost, bezmocnost

22. Než jste byl umístěn do zdejšího zařízení, žil jste

- ☐ sám
- ☐ s manželem/ s manželkou
- ☐ s manželem a dětmi
- ☐ s dětmi

23. ☐ ve městě
☐ na vesnici
☐ na samotě

Tabulky

Tabulka č. 1 : Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	3	15
Ženy	17	85

Tabulka č. 2 : Dosažený věk

Dosažený věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
< 60 let	0	0
60-65 let	0	0
65-70 let	3	15
70-80 let	4	20
>80 let	13	65

Tabulka č. 3 : Počet let strávených v zařízení – Domově důchodců Rožďalovice

Počet let v zařízení	Absolutní četnost	Realitní četnost (%)
Méně jak 1 rok	5	25
Méně jak 5 let	7	35
Více jak 5 let	8	40

Tabulka č. 4 : Jak si vybral toto zařízení

Výběr zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vybral sám	4	20
Rodina	15	75
Někdo jej doporučil	1	5

Tabulka č. 5 : Jak daleko žije jeho rodina

Vzdálenost rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V místě	0	0
Do 50 km	14	70
Do 100 km	6	30

Tabulka č. 6: Dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	3	15
Střední	7	35
Vyučení	9	45
Vysokoškolské	1	5

Tabulka č. 7: Poslední zaměstnání, než odešel do důchodu

Poslední zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zemědělec	3	15
Automechanik	1	5
Voják z povolání	1	5
Švadlena	2	10
Prodavačka	3	15
Úřednice	5	25
Učitelka MŠ	1	5
Učitelka ZŠ	1	5
Pedikérka	1	5
Letecký technik	1	5
Uklízečka	1	5

Tabulka č. 8: Mají návštěvy

Navštěvuje je někdo	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	19	95
Ne	1	5

Tabulka č. 9: Kdo je navštěvuje

Složení návštěv	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rodina(dcery,synové,vnoučata)	17	85
Přátelé	1	5
Manžel	1	5
Nikdo	1	5

Tabulka č. 10: Návštěvy

Návštěvy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Přál by si ji častěji	5	25
Často jej navštěvují	6	30
Nestojí o ni	0	0
Nemá zájem rodina	0	0
Nedokáže odpovědět	4	20
Je mu to jedno	5	25

Tabulka č. 11. Odjíždí během pobytu ke své rodině, či příbuzným

Odjíždí během pobytu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	4	20
Ne	16	80

Tabulka č. 12: Co je na stáří to hezké

Co vidí na stáří hezkého	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Má dost času na své záliby	0	0
Ohleduplnost od ostatních	0	0
Má pravidelný režim	4	20
Nic hezkého na něm nevidí	8	40
Nedokáže odpovědět	8	40

Tabulka č. 13: Co se jim na stáří nelíbí

Co se nelíbí na stáří	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemoci	7	35
Nemohoucnost	2	10
Zapomínání	1	5
Není se schopen vyjádřit	10	50

Tabulka č. 14: Koníčky před odchodem do domova důchodců

Koníčky před vstupem do DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kutilství, zahrádka	5	25
Motorky, auta	1	5
Myslivost	1	5
Čtení	2	10

Zpívání	2	10
Cestování	3	15
Letectví	1	5
Domácnost,vaření,ruční práce	4	20
Žádné	1	5

Tabulka č. 15: Jak využívají volného času v domově důchodců

Volný čas v DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vycházky, cestování, cvičení	7	35
Kultura (divadlo, kino,TV)	5	25
Ruční práce	0	0
Zahrádka	3	15
Kutilství	0	0
Nezapojuje se	5	25

Tabulka č. 16: V domově důchodců je raději

V DD je raději	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám	4	20
Ve společnosti ostatních	5	25
Někdy sám, někdy s druhými	9	45
Nedokáže se vyjádřit	2	10

Tabulka č. 17: Má přátele v domově důchodců

Má přátele v DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	6	30
Ne	14	70

Tabulka č. 18: Jak se v domově důchodců cítí

Jak se v DD cítí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dobře	14	70
Špatně	2	10
Nedovede posoudit	4	20

Tabulka č. 19: Spokojenost s poskytovanými službami v DD

Spokojenost se službami v DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	13	65
Ne	1	5
Nedokáže se vyjádřit	6	30

Tabulka č. 20: Domov důchodců považují za více

DD považují za více	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Domáci	8	40
Ústavní	12	60

Tabulka č. 21: Důvod k nástupu do domova důchodců

Důvod nástupu do DD	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemoc	9	45
Sociální důvody	1	5
Nesoběstačnost, bezmocnost	10	50

Tabulka č. 22: Než byl umístěn v domově důchodců žil

Před umístěním do DD žil	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám	10	50
S manželem	3	15
S manželem a dětmi	1	5
Dětmi	6	30

Tabulka č. 23

Před umístěním do DD žil	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Na vesnici	7	35
Ve městě	11	55
Na samotě	2	10

